

Multiple Disabilities

الإعاقات المتعددة

الدكتور
مصطفى توري القمش
أستاذ التربية الخاصة المشارك
جامعة البلقاء التطبيقية



الإعاقات المتعددة

*Multiple Disabilities



9789457406758



دار

المسيرة

للنشر والتوزيع والطباعة

شركة جمال أحمد محمد حبيب وشركاه

www.masira.jo







mohamed khatab

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإعاقات المتعددة

Multiple Disabilities

رقم التصنيف : 871.5
 المؤلف ومن هو في حكمه : مصطفى تويي القمش
 عنوان الكتاب : الإعاقات النفسية
 رقم الترخيص : 201082384
 الناشر : الإعاقات النفسية للتعليم للكتاب وعلمة للمولين
 بـالـاتـات : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

حقوق الطبع محفوظة للنشر

جميع حقوق النشر والأدب محفوظة لهذه المؤسسة للنشر والتوزيع في الأردن
 ويمنع طبع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة تنظيم أو تعديل أو نشر أو توزيع أو
 كسب أو إهداء على الكمبيوتر أو دمجها على إنترنت أو أية وسيلة أخرى
 إلكترونية أو ميكانيكية أو كيميائية أو بصرية أو صوتية أو أي وسيلة أخرى

Copyright © All rights reserved

No part of this publication may be translated,
 reproduced, distributed in any form or by any electronic means in a form base
 or retrieval system, without the prior written permission of the publisher

الطبعة الأولى 2011م - 1432هـ

الطبعة الثانية 2012م - 1433هـ

الطبعة الثالثة 2013م - 1434هـ



عنوان الكتاب

الطباعة : عمان - المسيرة - نشريل بيتا للنشر : عمان - 011770000
 الفرع : عمان - شركة المسيرة للنشر - سوق الزيت : عمان - 011770000
 عمان - 011770000 : عمان - 011770000 : عمان - 011770000

جميع الحقوق محفوظة - All rights reserved - All rights reserved

الإعاقات المتعددة

Multiple Disabilities

الدكتور
مصطفى نوري القميش
أستاذ التربية الخاصة المشارك
وحدة الملك عبدالعزيز



الإهداء

إلى من ربياني صغيراً ... أمي وأبي ... أطلب الله معمرهما

إلى زوجتي ... رقيقة درسي

إلى ألقاب حباتي .. أبتلي ...

للأخ، زيد، يارا، محمد وسيف النجدي ... حماهم الله

والشكر أولاً وأخيراً لله تعالى

الفهرس

13	المقدمة
----	---------

الفصل الأول

مفاهيم وقضايا أساسية حول الإعاقات المتعددة

19	مقدمة
20	من هم متعددو الإعاقات
23	هل متعددي الإعاقات هم اتقهم شديدي الإعاقة
27	عوامل الأفراد متعددي الإعاقات
30	الخدمات الراجب توفرها في الية الصلحية للطلبة ذوي الإعاقات المتعددة
32	الاحتياجات المختلفة لمحتدي الإعاقات
37	دراسات حول الخدمات والبرامج التي يحاجها متعددو الإعاقات

الفصل الثاني

التدخل المبكر والتوقاية من الإعاقات المتعددة

47	مقدمة
53	تعريف التدخل المبكر
54	أهمية التدخل المبكر
56	مكونات التدخل المبكر
58	لغريد برامج التدخل المبكر
58	مراحل عملية التدخل المبكر

59	استراتيجيات التدخل المبكر
60	الطقات المستهدفة في برامج التدخل المبكر
61	الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر
62	أساليب الممارسة التثقيفية لبرامج التدخل المبكر
63	فريق العمل في برامج التدخل المبكر
64	الكفايات اللازمة للعاملين في فريق التدخل المبكر
65	وظائف فريق التدخل المبكر
66	دور الأسرة في تنمية الطفل
67	اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذو الاحتياجات الخاصة
68	كيفية تلعب اتجاهات الوالدين نحو الطفل
68	أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر
69	مبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة
71	التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات للطفولة
74	الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

الفصل الثالث

الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

79	مقدمة
79	ما هي الإعاقات الجسمية والصحية (تريفهما)
80	شروع الإعاقات الجسمية والصحية
80	تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية
82	إصابات الجهاز العصبي المركزي
93	إصابات الهيكل العظمي

98	إصابات العضلات
99	الإصابات الصحية
101	قياس وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية
102	الخصائص السلوكية للمعوقين جسدياً وصحياً
103	برامج التربية للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً
104	برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً
104	تعديل البيئة لخدمة الأفراد المعوقين جسدياً وصحياً

الفصل الرابع

الأطفال متعددي الإعاقات الحسية (الصمم / البكفوفون)

109	مقدمة
110	الإعاقة السمعية
110	أهمية حاسة السمع
110	شرح الأذن
111	آلية السمع (كيف تسمع الأصوات)
112	خصائص الصوت
113	تعريف الإعاقة السمعية
114	شروع الإعاقة السمعية
114	أسباب الإعاقة السمعية
116	تصنيف الإعاقة السمعية
119	قياس وتشخيص الإعاقة السمعية
122	الخصائص للمعوقين سمياً
126	الإعاقة البصرية

126	أهمية حماية العجز
127	الجهاز البصري (أجزاء العين)
129	آلية الإبصار
129	تعريف الإعاقة البصرية
130	سبب الإعاقة البصرية
130	تصنيف الإعاقة البصرية
131	أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية)
134	أسباب الإعاقة البصرية
135	تشخيص الإعاقة البصرية
136	خصائص المكفوفين بصرياً
142	مشاعر الوالدين عند ولادة طفل أصم وكفيف
50	مشاكل وحاجات الطفل الأصم المكفوف (تشيل الحواس)
163	مصادر معلومات الوسيط
169	تطور وظيفة البصر والسمع
184	مهارات التواصل للأطفال الصم / المكفوفين
206	لوائح الأسرة في تعليم الطفل الأصم / المكفوف
222	التشخيص

الفصل الخامس

التكامل الحسي بين التوحد ومتلازمة داون

235	التعريف
235	مقدمة
236	تعريف التوحد

238	سبب الانتشار
239	أسباب التوحيد
240	أعراض الفرح
240	التشخيص والتقييم
256	البرامج العلاجية
264	اعتبارات في بناء المنهج للأطفال المتوحدين
266	عقوبات (مكونات) المنهج للطفل التوحدي
266	أهمية البرنامج التربوي الفردي للطفل التوحدي
268	الأياد الإدوية التنظيمية للبرامج التربوية
278	متلازمة داوود
278	مقدمة
281	أنواع متلازمة داوود
282	أسباب حدوث متلازمة داوود
283	الخصائص الأساسية للمصابين بمتلازمة داوود
283	الخصائص الجسمية والإكسيتيكية
285	خصائص النمو
286	الخصائص السلوكية والاجتماعية
286	كيفية التعرف على خطر الحمل في طفل داوود
286	التحليل الشخصي لمتلازمة داوود
287	الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمتلازمة داوود
289	العمر المتوقع للمصابين بمتلازمة داوود
290	الوقاية من حدوث متلازمة داوود
291	التدخل المبكر مع حالات متلازمة داوود

- 292 أهداف التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون . . .
 292... فعالية التدخل المبكر مع الأطفال الداون...
 294 معوقات التدخل المبكر مع الأطفال الداون
 294 الخدمات التعليمية والتربوية المتاحة للداون . . .
 295 أهمية العلاج الطبيعي في التدخل المبكر مع الأطفال الداون . . .
 297... زواج الشاب الداون

الفصل السادس

متلازمة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم

- 301 مقدمة
 302 اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
 302 صعوبات التعلم
 الخصائص والصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط
 302 الزائد
 302 مظاهر الاضطراب في سن ما قبل المدرسة ..
 303 مظاهر الاضطراب في سن المدرسة
 304 مظاهر الاضطراب في سن المراهقة
 طبيعة الصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط
 304 الزائد
 الاستراتيجيات التربوية العلاجية المقترحة لصعوبات التعلم عند الطلاب الذين
 لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد
 317 استراتيجيات التدخل السلوكي
 317 استراتيجيات علاج الوعظ النفسية
 320

- 322 استراتيجية تشتيت الانتباه
- 323 استراتيجية التركيز البصري
- 326 استراتيجية الإشراف والمتابعة الفردية
- دراسات تناولت العلاقة ما بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
- 329 وصعوبات التعلم
- 348 تلخيص لنتائج مراجعة الدراسات

الفصل السابع

البرامج الترميمية والإرشادية ومواقع التدخل العلاجي

الاعتماد على الإمكانيات

- 355 منهج بالارز للإمكانيات المتعددة
- 355 مقعدة
- 357 طريقة تقديم مادة المحتاج
- 357 محتمات منهج بافاريا
- 366 برنامج بورتينج للتربية المبكرة
- 366 مذهب
- 367 تعريف البرنامج
- 369 تطور البرنامج
- 371 ماهية برنامج بورتينج
- 371 الأسس التي قام عليها البرنامج
- 371 أهداف البرنامج
- 372 آليات تنفيذ البرنامج
- 373 مكونات البرنامج

374	تنظيم التعلم
375	نواحي القوة والضعف في البرنامج
376	استفيدون من البرنامج
377	القائمون على تنفيذ البرنامج
378	معايير تطبيق البرنامج
379	محتويات البرنامج
381	جدول يورتيديج للفحص
381	مستخدم جدول يورتيديج للفحص
383	ملخص لتعديل المشكلات السلوكية
386	تعليم مهارات المتابعة
387	تقييم حصة يورتيديج
392	نموذج يورتيديج التعليمي
395	يورتيديج في المدارس
396	دراسات بحث في فاعلية برنامج اليورتيديج
	دراسات حول فاعلية برنامج يورتيديج مع الأطفال المعاقين
396	ممتازة فلون
400	دراسات عملية حول برنامج اليورتيديج
405	المراجع

المقدمة

بسم الله وكفى وصلى الله وسلم وبارك على النبي الذي اصطفى محمداً ابن عبد الله عليه افضل الصلوة واتم التسليم، أما بعد،
يسرني أن أهدم هذا الكتاب إلى اختصاصيي وأبناء وجميع المهتمين بمذوي الإعاقات المتعددة.

يتضمن هذا الكتاب بمصوره المختلفة معلومات شاملة ودقيقة عن طبيعة الإعاقات المتعددة التي ما زال هناك الكثير من لم يسمعوا بها، إلا أن الاهتمام بها من قبل الجميع أصبح ضرورة نظراً لظهور عدد كبير من الأطفال من يعانونها، وللأسف في المكتبة العربية ما زالت تقصر إلى حد كبير ومراجع علمية باللغة العربية تتيح لسهتمين الحصول على معلومات شاملة عن هذه الإعاقات.

ويهدف للمساعدة في سد هذا النقص ونشر الوعي عن الإعاقات المتعددة، ونحسب الخدمات التي تقدم إلى هذه الفئة، شرعت بإعداد هذا الكتاب الذي يحتوي على معلومات مستخلصة من نتائج البحث العلمي، والدراسات التي أجراها باحثون متعددون واتفقت المراجع العلمية على صحتها
ونحن بدأنا هذا فهدم هذا الكتاب على النحو التالي.

الفصل الأول: يتناول مفاهيم وقضايا أساسية حول الإعاقات المتعددة، من حيث التعريف بهذه الفئة من الأفراد وتصاصيم المختلفة والخدمات التي يجب توفرها في البيئة التعليمية للطلبة ذوي الإعاقات المتعددة، والاحتياجات المختلفة للمعدي الإعاقات، ونهراً يشمل الفصل دراسات أجنبية حول الخدمات والبرامج التي يحتاجها متعددو الإعاقات.

الفصل الثاني: يتناول التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة، من حيث أهمية التدخل ومبرراته ومراحله واستراتيجياته وأوقات المستهدفة، وتحتاج التدخل

المكر والاعتبارات التعليمية وأساليب الممارسة التعليمية لبرامج التدخل المبكر، وعريق العمل في برامج التدخل المبكر، والجهات الأسرة نحو الطفل متعدد الإعاقة، وأخير: التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات الجسمية والصحية

الفصل الثالث: يستعرض الأبطال متعدد الإعاقات الجسمية والصحية، من حيث تعريفها وتصنيفها، وقياسها وتشخيصها، وكذلك الخصائص السلوكية للمعوقين جسدياً وصحياً، والبرامج التربوية للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً وبرامج التأهيل للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً، وأخيراً تمثيل البيئة لهذه الفئة من الأفراد.

الفصل الرابع: يخلو من فئة الأبطال متعدد الإعاقات الجسمية والصحية، (الصم/ المكفوفين) من حيث المفهوم ومشاكل وحاجات الطفل الأصم المكفوف، ومصادر المعلومات لهذه الفئة من الأطفال وتطور وظيفة البصر والسمع ومهارات التوصل لهذه الفئة وكيفية الحصول على المعلومات من خلال اللمس، وكذلك موارد الأسرة في تدعيم الطفل الأصم/ المكفوف وأخيراً التقويم.

الفصل الخامس: يبحث في قضية التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة داون من حيث التعرف والاسباب والأنواع، والخصائص الأساسية للمصابين بالتوحد ومتلازمة داون والرعاية الصحية والوقائية والتدخل المبكر للمصابين بالتوحد ومتلازمة داون واعتبارات في بناء البرامج لهذه الفئة من الأفراد.

الفصل السادس: يناقش قضية تلازم اضطراب ضعف الذاكرة والنشاط الزائد (ADHA) وصعوبات التعلم، من حيث المفهوم والمظاهر وطبيعة الصعوبة التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والامترائيات التربوية العلاجية المقترحة، وأخيراً استعراض لدراسات تناول العلاقة ما بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم.

الفصل السابع: يتناول أحدث البرامج التربوية والإرشادية وبرامج التدخل العلاجي متعدد الإعاقات (كمنهاج بافانيا للإعاقات المتعددة) (وبرامج الهورلينج للتربية المبكرة) من حيث التعرف بهذه البرامج والنماذج والأسس التي تقوم عليها

وأعد، فيها ومكوناتها وإليات تنفيذها واستعراض دراسات حول فعالية برامج الورتيدج مع لأعمال المنهج، بأمر آخر متلازمة قانون.

راجياً من الله تعالى القبول القدير أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً لكل من المهتمين والعاملين في مجال رعاية وتربية الأطفال متحدي الإعاقات، كما يأمل المؤلف من المعنيين بأمر التربية الخاصة عمومياً ومن المهتمين بلقوى الإعاقات المتعددة عسى وجه الخصوص أن يرويه بملاحظاتهم واقتراحاتهم حول محتوى هذا الكتاب لتتلاقى به من ثغرات لأن الكمال لله جل وعلا وحده والله من وراء القصد



مفاهيم وقضايا أساسية حول الإعاقات المتعددة

مقدمة

من هم متعدو الإعاقات

هل متعدي الإعاقات هم أنفسهم همدي الإعاقات

عوامل الأثر في متعدي الإعاقات

الخدمات الواجب توفيرها في البيئة التعليمية للمطلقة ذوي الإعاقات



الاحتياجات المختلفة لمتعدي الإعاقات

ممارسات حول الخدمات والتي ليسج التي يستأجرها متعدي الإعاقات

الفصل الأول

مفاهيم وقضايا أساسية حول الإعاقات المتعددة

لقد لإعاقة مياً رجباً لعدم التكيف مع الواقع والجنح بما تحسبه من أزمات نفسية واجتماعية داخل محيط الأسرة فو عند مقارنته بالقرائه. وبعد تطوير ميدان تربية ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم هدفاً من أهداف وزارة العمل، وتدور تساؤلات كثيرة ومتعددة حول إمكانات ذوي الاحتياجات الخاصة وحول قدراتهم على تأديته المهمات المطلوبة منهم كالمولد في المجتمع. ولكن مع تطور التربية الخاصة بعبرت الرؤية بنجاحهم، ولم يعد الواحد منهم مستعلاً على من حوله اعتماداً كلياً، وإنما يمكن أن يقوم بكثير من الأدوار الحيوية إذا تم تربيته وتعليمه لذلك بالشكل المناسب ويعرف الطفل در الحاجات الخاصة بأنه ذلك الطفل الذي يتصرف أثناء المرحلة مختلفاً عما يعد عادياً سواء من الناحية العقلية أو الحسية أو الناحية الانفعالية أو الاجتماعية، بحيث يستلهم هذا الانحراف موحاً من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم لتطفل العادي. ويحتاج الطفل ذو الحاجات الخاصة إلى تعليم خاص وخدمات تربوية خاصة ويتضمن مفهوم التربية الخاصة فئات الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية والإعاقات الحركية والموهبة والتفوق واضطرابات النطق واللغة والإعاقة السمعية والإعاقة البصرية والتوجه (Smith, Tom. Followway, Edward. Patton. James. Dowdy, Carol, 2003).

ولد الجمع المفرد من إعاقة وعندها يطلق عليه مصطلح الإعاقة. والحاج فلة مصطلح الإعاقة إلى دراسات من نوع خاص تميز وتختلف عن الدراسات المتعلقة بنوع واحد من الإعاقات، إذ أن هناك اختلافاً في مجال البحث في حاجاتهم وبرامجهم وأساليب راسماتنتيجيات لتتامل معهم، وهذا المجال لم يأخذ حظه من الدراسات

السابعة وهو بحاجة إلى مزيد من التعمق لفهم خصائصهم، والوقوف على أهم احتياجاتهم، ومعرفة كمية التعامل معهم ولعدم توافر دراسات يعتمد على نتائجهم تهتم بمحالات ذوي الإعاقات المتعددة، ومن هنا يهدف هذا الكتاب لتوضيح احتياجاتهم الجسمية والذهنية والاجتماعية والاعصابية، وتوفر بيانات تساعد الاختصاصيين في مراكز التربية الخاصة وأسر الأفراد الذين يعانون من إعاقات متعددة؛ إذ يعاني هؤلاء من نقص المعلومات حول حاجات متعددي الإعاقات وبالتالي كيفية التعامل معهم وكيفية تربيتهم والتعامل بهم، ولا يخفى أن تعدد الإعاقة يؤدي إلى مشكلات جسمية وذهنية واجتماعية واقتصادية لا يمكن التعامل معها إلا بالبرامج المعدة خصيصاً لهذا الغرض.

من هم متعددي الإعاقات؟

م يتم حتى العام (1977) تعريف الطلبة متعددي الإعاقات مع أنهم كانوا يتلقون خدمات التربية الخاصة، وكانوا يحضرون بأنهم ذوو إعاقات متعددة،

وم التحول إلى تعريف هذه الفئة بين عامي (1978- 1979) وكان ينص على أن الأشخاص متعددي الإعاقة (هم الأفراد الذين يعانون من إعاقات مترتبة كالضعف العقلي وكب البصر أو التخلف العقلي وتشوهات واضطرابات في النمو) (Yssell Dyke, 1977).

ويعرف النصاروي (1982) المصطلح متعدد الإعاقة بأنه الشخص الذي ليس لديه القدرة على ممارسة نشاط، أو عدة أنشطة أساسية لحياته العادية، نتيجة إصابة وظائفه الجسمية أو العقلية أو الحركية.

وعرف الموسى (1999) متعددي الإعاقة (بأنهم الأفراد الذين يعانون من إعاقتين أو أكثر من الإعاقات المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة، مثل، الصمم وكب البصر، والتخلف العقلي والصمم، وكب البصر والتخلف العقلي،...، بحيث تؤدي هذه الإعاقات إلى مشكلات تربوية شديدة ولا يمكن التعامل معها بالبرامج التربوية المعدة خصيصاً لإحدى هذه الإعاقات).

وتعدد الإعاقات هو حيولة عن إعاقتين أو أكثر مثل (الإعاقة العقلية و إعاقة البصرية، و إعاقة الطفولة والإعاقة الجسمية. الخ) مما يستدعي الحاجة إلى خدمات تربية خاصة مكثفة (Bellefleur Area Special Services Cooperative, 2003, BASSC)

فالأطفال ذوو الإعاقات المتعددة هم الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة تتطلب رعاية مكثفة وشاملة وكذلك الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو أكثر في السمات الحركية أو الحسية عن يحتاجون إلى رعاية صحية خاصة، إذ يعد هؤلاء الأفراد فئة تنتمي إلى مجموعة أكبر وهي الأفراد ذوو الإعاقات الشديدة والمتعددة (المرحادي وخشاش 2000)

وعرف المركز الوطني للأطفال والشباب المعاقين (National Information Center for Children and Youth with Disability, NICHCY 2004) الأشخاص معدي الإعاقة (بماهم أولئك الذين يتلقون خدمات تربية خاصة، و يصنعون بأنهم ذوو إعاقات متعددة وإعاقة عقلية متوسطة أو شديدة، هؤلاء الأشخاص بحاجة إلى خدمات دعم ومساعدة واسعة في جميع الأنشطة الحياتية مما يتطلب منهم ودعهم بالأنشطة المحلية داخل مجتمعاتهم والامتثال والمشاركة في الحياة مع أشخاص عاديين في مجتمعاتهم المحيط بهم، إلا أنهم يعانون من صعوبات متكررة في حركة وإعاقات حسية ومشكلات اتصالية).

فالطلاب متعددي الإعاقات هم المعاملون كلياً على غيرهم لطبيعة كل احتياجاتهم اليومية، فهم يحتاجون إلى المساعدة طوال الوقت في مهارات الطعام واللباس ونظف المحادثات والحركة والانتقال الشخصية من دون القدرة على المساعدة والدعم الذاتي، مما يجعل حضورهم إلى المدرسة أمراً مستحيلًا، بعضهم بحاجة إلى الرعاية الصحية ويظهر بما سبق أن بعض هؤلاء الطلاب يظهرون مجموعة محددة من الأعراض والظروف التي تجعل من الصعب تحديد مشكلة معينة لديهم وكذلك نجد أنه من الصعب تحديد البرنامج المناسب لهم.

وقد أشار سينج (2003) Stang أن الأفراد المعوقين يحظون بجرعة أقل من غيرهم من المعاقين في التعليم العالي وأن نسبتهم 20٪ فقط مقابل 80٪ من العاديين في مراحل التعليم العالي.

وذكر دليل القانون الأمريكي قنوية وتعليم المعاقين (IDEA, 1997) أن حوالي 14.15٪ ممن حصلوا بأنهم صمم مكفرون منذ الميلاد وحتى 21 سنة، وأن حوالي 85٪ منهم يعانون من إعاقات أخرى مصاحبة، كما أن البعض حصلوا تحت خدمات إعاقات أخرى.

وقد طالب الكونجرس الأمريكي في العام 1975 بأن يتلقى الطلبة المعوقون تعليمهم داخل مدارس عادية وفي بيئات أقل تشييداً، وفي العام 1988 تم تخفيض مدارس الحكومية الأمريكية ليوافقها للطلبة المعوقين عما راد عندهم.

وتبين في تقرير العام 1998-1999 أن 747 من الطلبة المعوقين هم من 80٪ أو أكثر من يومهم الدراسي داخل الصف العادي في حين كانت النسبة 3٪ في العام 1988-1989 وأن عدد الطلاب المعوقين 112 طالباً لكل 1000 طالب عادي أما في العام 1998-1999 فقد بلغ عددهم 130 طالباً لكل 1000 طالب، ومع أن هذا الاعتماد بالتعليم النظامي ضمن الفرصة العادلة أدى إلى زيادة في عدد الطلاب المعاقين، إلا أنه بقي هناك محدودية في هذه الزيادة حيث بلغت الزيادة بين الطلبة متعددي الإعاقة من 7-711 أما الصمم المكفرون فقد كانت الزيادة من 2، -14٪ (The Condition of Education, 2002).

وفي العام الدراسي 1994-1995 أكد تقرير قسم التربية الأمريكية أن الصمم يظل الخدمات له 64.6٪ طالب من متعددي الإعاقة (Eighteenth Annual Report to Congress, 1996).

أما في العام الدراسي 1999-2000 أوضح التقرير أن الخدمات توفر له 12.993 طالب من متعددي الإعاقة (Twenty-third Annual Report to Congress, 2001). أما في المملكة المغربية المستوحدة فقد ذكر المراسي (1999) أن عدد الطلبة متعددي الإعاقة حوالي 29 طالباً للعام الدراسي 1419-1420 هـ من أصل 13914

من سجلوا في خدمات التربية الخاصة، أي ما نسبته 0.20٪، ويبلغ عدد البرامج المخصصة لهذه الفئة ثلاثة برامج من أصل 226 برنامجاً للتربية الخاصة وأقل ما نسبته 1.23٪، إلا أن العدد قد يزيد النسبة لتعدي الإعاقة لأن كثيراً منهم مسجل ضمن مراكز لإعاقات أخرى كمراكز التربية الفكرية أو مراكز الإعاقة البصرية أو السمعية وغيرها. مما يعني أن عدداً كبيراً منهم قد تم تصنيفهم بالتسمية المستخدمة.

وفي العام 1425 هـ يبلغ عدد برامج مصيدي الإعاقة 66 برنامجاً للذكور و36 برنامجاً للإناث موزعين على مناطق المملكة.

ويلاحظ أن عدد الطلبة للموهين ومتعدي الإعاقة يزيد من ستة لأخرى، وأن متعدي الإعاقة كانوا يمثلون ما نسبته 2.2٪ من مجموع الطلبة الموهين، الذين يمثلون خدمات تربية خاصة ليسل إلى 80٪ منهم (NICHY 2004)، ويعود سبب الارتفاع في هذه النسبة إلى عدة أمور منها اختلاف الطرق التي يتم التقييم بها من حالات متعدي إعاقة، وإعادة تصنيف الأطفال ذوي التخلف العقلي بأن لديهم إعاقات أخرى مصاحبة كمسويات التعلم والاضطرابات السلوكية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات الجسمية وغيرها مما يتطلب خدمات تربية خاصة، كما أن عدد متعدي الإعاقة يزيد تبعاً لتقدم التكنولوجيا الطبي والعلاجي وتوعية الوالدين بكيفية التعامل معهم، وإن انخفاض معدلات الوفيات للأطفال والتشخيص والعلاج المبكرين كان أحد الأسباب في تزايد عدد متعدي الإعاقة.

هل متعدي الإعاقات هم القسم من متعدي الإعاقة؟

يعتقد الكثير من المهتمين في مجال التربية الخاصة أن مصطلحي الإعاقات الشديدة ومتعدي الإعاقات هما مصطلحان مختلفان في حين يعتقد البعض الآخر أنها كلمتان مترادفتان للقول بواحد. ولكني مستطع هنا تأكيد أي الطرفين أقرب إلى الصحة، لا بد أن نطرق لتعاريف المرتبطة وكذلك المقاهيم المستخدمة.

متعدي الإعاقات

ولذا للفوائد التنظيمية لمساعد وبرامج التربية الخاصة بوزارة المعارف السعودية (وزارة التربية والتعليم حالياً) (1422هـ) فإن تعدد الموق هو وجود أكثر من صنف

لدى التلميذ من الأوقات المصعبة فيمن برامج التربية الخاصة مثل التصميم وكف البصر، أو التخلف العقلي والتصميم أو كف البصر والتخلف العقلي إلخ، تؤدي إلى مشاكل تربوية شديدة ولا يمكن التعامل معها من خلال البرامج التربوية المعتادة خصوصاً نوع واحد من أنواع العوق. ويلاحظ أن التصريح يشير إلى وجود إعاقات لدى المصاب، بحيث تكون إحداهما الرئيسية وهي الأكثر شدة ووضوحاً وتكون الأخرى مصاحبة وهذا النوع من الإعاقة لا يمكن التعامل معه من خلال البرامج التربوية الموجودة حيث يتطلب برنامجاً معد خصيصاً لكي يتناسب مع الإعاقات المتعددة الموجودة لدى الشخص.

شخصي الإعاقة

يركز تعريف الإعاقة لبرمر 1990 على أن ذوي الإعاقات الشديدة هم لأفراد غير لا يكونون مصابين بإعاقة واحدة فقط بل يتعدى ذلك إلى وجود عده مصاحبة كالشلل الدماغي أو الإعاقة البصرية أو الإعاقة السمية وكذلك فإن بعض ذوي الإعاقات الشديدة يكون لديهم إعاقات، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تصنيفهم تحت إعاقة رئيسية وإعاقة مصاحبة خاصة عند ظهورهما معاً في نفس الوقت مثال التصميم وكف البصر.

أيضاً هناك تعريف جمعية ذوي الإعاقات الشديدة (The Association for Severely Handicapped - TASH) والذي ركز على أن ذوي الإعاقات الشديدة هم هؤلاء الأفراد من كافة الأعمار الزمنية والمدين يحتاجون إلى دعم مستمر ومكثف في أكثر من نشاط حياتي وهي من أجل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والكاملية وللإستمتاع بالشئ الذي يهني من أجل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أكل أو أكثر ويشمل الدعم مختلف الأنشطة الحياتية المختلفة كالحركة، والنو، وصل، والعناية بالذات، والتعلم، والعلم، والاكتفاء الذاتي (Meyer, Peck, & Brown, 1991).

عند التمس في التمارين السابقة سواءاً تلك من قبل «الإمالة العامة» لتعليم الأشخاص بوزارة المعارف السعودية لتتبعي الإعاقة أو تعريف برمر لذوي الإعاقات

الشديدة، وكذلك تعريف جمعية قوي العلاقات الشجيرة لولتا نجد أن التعريف الثلاثة تكاد تحمل نفس المفهوم وإن اختلفت التسمية. فهناك اتفاق على ضرورة وجود إعاقة رئيسية وأخرى مصاحبة. كذلك صعوبة تصنيف الأفراد الذين يفترون ضمن هذا المفهوم تحت أي إعاقة منفردة. أيضاً وجوب وضع برامج تختلف في محتواها عن تلك البرامج المصممة لمن يعاني من إعاقة معينة.

هذا الاتفاق لا يقتصر فقط على هذه التعريفات التي سبق ذكرها، فهناك شبه اتفاق بين جميع المراجع العلمية المختصة على استخدام المصطلحين لتعريف نفس الفئة. فبروديسر (2001) وسنبل (2000)، وماتشلو (1999) يقومون باستخدام كلا المصطلحين بشكل توافقي للحديث عن الخصائص العامة لمن لديهم إعاقتين أو أكثر.

ومع أن ماكدونالد وآخرون (1995) يفترون على الاستخدام مترادف لكلا المصطلحين، إلا أنهم يفترون بوجود التمييز بينهما عند الحديث عن درجة الإعاقة. فهم يرون أن لكل إعاقة درجات وأن هذه الدرجات تتراوح بين البسيط والشديد. فمن لا يستطيع أن يقرأ لشخص لديه إعاقة عقلية شديدة بأنه متعدد الإعاقات وذلك أنه فقط مصاب بإعاقة واحدة ولكنها شديدة. الأمر أيضاً يطبق على اضطرابات التواصل والاضطرابات السلوكية والإعاقة السمعية وضعها من الإعاقات الأخرى.

بالرغم من صحة هذه المعلومة والتي تؤكد وجود درجات في كل إعاقة تتراوح من البسيط إلى الشديد، إلا أنه يجب التمييز بين الشدة في إعاقة معينة وبين مصطلح الإعاقات الشديدة. فالمصطلح الإنجليزي الذي جاءت منه التسميات يوضح بشكل جوهري مدى الفرق بين المصطلحين. فبمثلاً الشخص الذي لديه تلفف عقلي شديد هو (Severely Mentally Retarded) والذي يعاني من إعاقات شديدة بمعنى أن الأول لديه إعاقة عقلية شديدة والثاني لديه إعاقات شديدة.

نلاحظ هنا أن كلمة إعاقات جاءت في صيغة الجمع الأمر الذي يعني وجود أكثر من إعاقة لدى الشخص المصاب. كذلك فإن مصطلح متعدد الإعاقات يعني (Multiple Disabilities) وكلمة إعاقات جاءت بصيغة الجمع وتدل على نفس المعنى السابق.

حمة القول، أن التوجه الحديث في مجال التربية الخاصة لا يفرق بين «المضطهرين» بل يؤكد على وجودهما بشكل مترادف، طالما أنهما يعانان نفس الحالة ومثلما أنهما يؤكدان على ضرورة وجود منهج تربوي مصمم خصيصاً لكل الفئة بحيث يتناسب هذا المنهج مع جوانب القوة والضعف لدى الشخص المصاب.

أخيراً لا بد من التأكيد على أن هذا المنهج لا بد أن يطبق بشكل فردي وأن يتناسب مع احتياجات كل فرد على حدة، ذلك أن وجود (عاهتين أو أكثر يتطلب معرفة شدة كل عاهة وكيفية التعامل معها).

تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة

أولاً يجب أن يبدأ التعليم هؤلاء الطلاب في وقت مبكر ويستمر على مستوى ما في جميع مراحل الحياة.

ثانياً يحتاج الطلاب عادةً لتعلم الكلام والقراءة والتدخل في حين أن العديد من الآخرين يحتاج لتدريبات يدوية وللعلاج الوظيفي، في حين أن البعض من ذوي الاحتياجات الطبية قد يتطلب خدمات التمريض أو الإشراف عليها.

ثالثاً لأن العرق (الفجوة) التعليمية للطلاب غالباً ما تكون كبيرة لذلك فالتعاون الوثيق بين أعضاء الفريق (فريق التدخل) ضروري إذا خبرتهم هو نتيجة تحسن في أداء الطلبة. ومن المقبول على نطاق واسع فرائد جميع العلاج الطبيعي في الأنشطة خلال الممارسة التعليمية للعزلة، أو الانسحاب أو العلاج راجعاً، ومما يعزز الفهم هؤلاء الطلاب يجب أن يكون ذو طبيعة وظيفية، والتي تعكس المهام اللازمة في الحياة اليومية في جميع أنحاء المجتمع المحلي أو ذات المرافق، والمفردة، والمجالات المهنية يتم تعليم الطلاب على اختيار، والتواصل بالطرق المناسبة.

الانجازات والعلاقات

الإنجازات عامة عدة ظهرت في الولايات المتحدة، اعتبرها البعض مشيراً للجدل لأنها تدعو إلى إدراج هؤلاء الطلاب (متعددي الإعاقات) في التعليم العام مع الدعم اللزوم مما يساهم في تحسن في حياة هؤلاء الطلاب.

أولاً: من خلال التقدم في تكنولوجيا الطب هؤلاء الأفراد لا يعانون فقط من حياة أطول، ولكن أيضاً عائلات أفضل في التنقل والاتصال ورواية حسنة، وغيرها من الخدمات

ثانياً: في عام 1960 كان هناك تحسن تدريجي في المواقف الاجتماعية تجاه المعوقين، وقد أدى ذلك إلى الحاجة القانونية، والتعليم الخاص، والبدائل المهنية المجتمع المحلي، ودعم العائلة، وزيادة في الدعم ذات الصلة

ثالثاً: منذ العام 1969 سودي بحث التعليم المجاني للجميع، ويشمل ذلك لأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة في المنصوب الدراسية والأنشطة المجتمعية مع أقرانهم غير المعاقين وظلت هذه الفكرة مشيرة للجدل بشكل خاص البيئات الخاصة السبب التعليم تظهر النمو التدريجي للطلبة المعرجين الذين هم وصحب في إحام التعليم العام، ولكن عموماً أيضاً بكثير للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. ولكن للفرص أنها ليست قادرة لتشمل هؤلاء الطلاب أو تقديم الدعم والمعاملت اللازمة لتحقيق التعليم الفعّال لجميع المتأخرين.

خصائص الأفراد متعددي الإعاقة

يظهر الأفراد شديدو الإعاقة ومتعددو الإعاقة مدى واسعاً من الخصائص وهذا يعتمد على نوعية الإعاقات الموجودة لدى الفرد وشكلها وعمر الفرد عدد لإصابة أو عصره عند تلقي الخدمات، إلا أنهم يشتركون في مجموعة خصائص يمكن تلخيصها بل ما يلي:

- الخصائص الحسية. تعدد الخصائص الحسية للأطفال متعددي الإعاقة على نوع لإصابة والإعاقة، مثلاً تكون بعض الإعاقات الجسمية مصحوبة بالإعاقة العقلية، ف نجد أن الأطفال المعوقين جسمياً وهم مختلفون عقلياً يختلفون خدمات تربوية خاصة كالتي يتطلبها التخلف عقلياً والطريقة نفسها، وعادة يتم تصنيف هؤلاء الطلبة بناءً على الخدمات والبرامج المتوفرة لهم. ونجد أحياناً بعض الإعاقات لا تؤثر على القدرة للترقية لدى الطلبة كإعاقات الشلل الدماغي (Yvoeddyke, 1997)، وفي العادة فإن هؤلاء الأفراد يكتسبون المهارات بشكل أبطأ

من غيرهم، ويميلون إلى سبلان المهارات التي لا يتقنونها، ويحبون صعوبة في تجميع وتركيب المهارات التي تعلموها على نحو مستقل (السرطاوي وخشان، 2000). كذلك يعانون من صعوبات في تسييم المهارات من حالة إلى أخرى (انتقال أثر التدريب) وكذلك صعوبات في الإدراك والتمييز وعدم القدرة على الانتقال من مهارة إلى أخرى بشكل ذاتي، كما يعانون من مشكلات في الانتباه واستقبال المعلومات والذاكرة وعدم القدرة على حل المشكلات (National Information Center for Children and Youth with Disability NICHCY, 2004).

- الخصائص الأكاديمية: يتعرض الأطفال متعددو الإعاقة بشكل أكبر للصعوبات الأكاديمية من أقرانهم الذين لا يعانون من أية إعاقة، والمشكلة ليست مالمأ في توظيف المهارات الأكاديمية بل في الفرص التعليمية المحددة التي تؤدي إلى إهمار أكاديمي محدود بسبب الغياب عن المدرسة أو قطع اليوم الدراسي بسبب العلاج أو الإحساس بالثعب والإجهاد مما يؤثر على درجاتهم وتحصيلهم بسبب عدم القدرة على متابعة التهاج الأكاديمي (Ysseldyke, 1997).

- الخصائص الجسمية: يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى مساعدة في الحركات الأساسية في التنقل الجسمي كما أنه يعاني من مشكلات طية كالشلل الدماغى و لأمرأى النانحة عن الإعاقة كما يعاني من محدودية في مهارات العناية بالذات ويعمد بشكل كبير على المحيطين به في مهارات الحياة اليومية (Statt, 1996)، وهو بحاجة أيضاً إلى الدعم في معظم الأنشطة الهائية الرئيسة كالعلاقات الدحية مع العائلة وقضاء أوقات الفراغ، واستخدام الخدمات المتوفرة في المجتمع وكذلك المساعدة في المهارات المهنية (NICHCY, 2004).

ويشود يولدايك (Ysseldyke (1997) إن الناحية الجسمية تعد من المصاحب الأساسية التي يواجهها متعددو الإعاقة، إلا أن بعضهم قد يطور قوى جسدية طبع عادية، مثل بعض أبطال الأولمبياد التي تشغل في البنية القوية للجسم العسري خصوصاً للفنن يستخدمون الكراسى المتحركة.

المصالح السلوكية ليست هناك سلوكيات اجتماعية أو انفعالية محدودة لتعدي لإعانة السلوكيات الانفعالية والاجتماعية التي تظهر على هؤلاء الطلبة مرهونة بعامين أمسين هما:

• طبيعة وشدة الإعاقة

• ردود فعل المحيطين بهم التي تؤثر عليهم كالمعلمين والآباء والأقران.

لإعاقة الجسمانية قد يوجد بعض المشكلات من حيث الحركة لأنها قد تحد من تطور السنوك الاجتماعي والمادي. فيجب على الطفل الموقوف أن يتعلم كيف يصبح مستقلاً وأن يتفاعل مع الأطفال الآخرين، فالمهارات المحدودة لكل من (المركبة والمساعدة والرعاية الذاتية) يمكن أن تسهم في الحد من التفاعل الاجتماعي للعالمية، وكون الطالب محروماً من الأنشطة الاجتماعية والموسمية يمكن أن يحد من التطور الاجتماعي والمادي للطلاب ذوي الإعاقات، كما أنهم يعانون من قصور في الجانب اللغوي لضعف مهارات الاتصال لديهم الذي يحد من تفاعلهم الاجتماعي والمادي مع الآخرين (Ysseldyke, 1997) وكذلك يتفكرون بعض أطفال السنوك المؤدي لأنفسهم كحريص أنفسهم للمشاكل دون وعي أو ميلون لفهم أنفسهم أو جرحها ونظير عليهم بعض أشكال السلوك النمطي (Start, 1996).

التواصل إن سلوكيات التواصل واللغة المصاحبة لتعدي الإعاقة غير محددة بشكل دقيق، لأنها تظهر بعدة أشكال، منها مشكلات في النطق، ومنها مشكلات في الكلام، وكذلك مشكلات في التطور اللغوي والتفطني، ومشكلات في مهارات أخرى، لهم يعانون من ضعف في التواصل بشكل طبيعي، فكتبر من متعددي الإعاقة بحاجة لأنظمة بديلة لتواصلوا بها مع العالم الخارجي المحيط بها، فهم يستخدمون النواح الاتصال أو أجهزة الصوت وغيرها من الوسائل البديلة (Ysseldyke, 1997)، كما أنهم يعانون من ضعف وصعوبة في مهارات الحديث والتواصل (NICHCY, 2004)، ويعدون كذلك من التأخر اللغوي ومن ضعف في فهمهم اللغوي فهم بحاجة إلى إعانة همومهم اللغوي (Start, 1996)(Start, 1996).

الخدمات الواجب توفرها في البيئة التعليمية لطلبة ذوي الإعاقة المتعددة

في دراسة لـ سينج (2003) Singh خلقت التعرف إلى المرافق والخدمات التي تقدمها 137 مؤسسة تعليمية عليه، تم اختيارها بطريقة عشوائية وقد أشارت النتائج أن 7% فقط من هذه المؤسسات التعليمية يراعي حاجات المعوقين من حيث تصميم الأبنية، والبرامج التعليمية والأكاديمية. كذلك البيئة السكنية ومرافق الاستجمام والترفيه، وأشار البحث أن الأفراد المعوقين لهم فرصة أقل من غيرهم من العاديين في التعليم العالي وإن نسبتهم 20% مقابل 78% من العاديين في مراحل التعليم العالي، كما أن مشاركة في مراحل التعليم العليا تنفع وتتنوع الإمكانيات، حيث يمثل الطلبة متعددو الإعاقة 6% من مجموع الإمكانات الأخرى.

وأشارت الدراسة كذلك إلى أهم الخدمات التي يجب توفرها في البيئة التعليمية لطلبة ذوي الإعاقات، وكانت كما يلي:

أولاً، تصميم الأبنية التعليمية

حيث تكون مكيكة (معلقة) بتوفير المصير المائلة للكراسي المتحركة (Ramps) والتي تربط الأبنية ببعض، والأبواب الأوتوماتيكية المزودة بأزرار التحكم، توفر المساعد في كل المداخل وتكون مزودة بأزرار مكتوب عليها بلغة بريد ولغة الإشارة، توفير مماسي المخرطة المزودة بتضيق على الجدران، وتجهيز المنحدر ودورات المياه من حيث المساحة والحجم، لتتواءم الكراسي المتحركة للمعوقين. وتجهيز المكتبات، مكس المساح السحبة والمخرطة والمخرطة بما يناسب حاجتهم، وكذلك توفير كاهات كمبيوتر لذوي الإعاقات البصرية والسمعية، وتوفير وسائل الاتصال داخل المباني لتسهيل الاتصال في حال الطوارئ والسماح بإحضار الكلاب للمعاقين بصرياً الذين يستخدمونها كمرشدين.

ولد ذكر مرسى (1996) مصطلح المؤسسة التامة التي يعني، تصميم الأبنية والتجهيزات المتخصصة مع الأخذ بعين الاعتبار إزالة الحواجز التي يمكن أن تعوق حركة المعاق أو تعوقه على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها في هذه الأماكن.

وقد ذكر كل من جريرو، السوب وجريرو (Greer, Allsup, Greer (1988) بعض المواصفات التي يجب توفرها عند تصميم الأبنية وكانت:

- الأبواب: عرض الباب يكون على الأقل 12 إنش، أن تكون حبة الباب منخفضة بما فيه الكفاية بحيث لا تمثل عائقاً، وأن تكون هناك مساحة كافية على جانبي الباب ليمسني فتحة بسهولة.

- هدرات المياه: أن يكون لخدمة الاستحمام درابزين بمقاسات مناسبة للمعوق، وأن يكون ارتفاع المقاعد 20 إنشاً، وارتفاع المغاسل وعلاقات المناسف والمرايا (36-40) إنشاً.

- صابير المياه: يرامى تشغيلها آلياً بمجرد وضع اليد عليها وأن يكون ارتفاع الصابير 26-30 إنشاً، وأن تثبت في أماكن يمكن الوصول إليها.

ثالثاً: تعريف البرنامج التعليمي

ويكون بتعليم طلبة طيمات الإرشاد والتوجيه والإجابة عن تساؤلات المعوقين داخل أماكن التعليمية، وتحديد وقت أداء الاختبار حسب إمكانات المعوق وملائمة الواجبات التي تصمم للمعوقين، وكذلك المرونة في الوقت ومكان الفحص حسب قدرات وإمكانات المعوقين (Singh, 2003).

وكما ذكر يزدانليك (Yozghalci, 1997) فإن التعديلات التعليمية المطلوبة في المدرسة لطلبة المعوقين ومتطعي الإعاقة كثيرة جداً وهذا يعتمد على نوع إعاقة الفرد وشدتها، فبعض الطلبة يحتاجون مساعدة طوال اليوم الدراسي، وآخرون يحتاجون المساعدة في بعض الأنشطة أما البعض الآخر فقد يحتاجون إلى القليل من التعديلات فقط.

ومن بين التعديلات العامة التي يقوم بها المعلمون لمساعدة الطالب على الاستجابة للمهام الأكاديمية

الكتابة على دفتر الملاحظات بدلاً الكتابة على جميع الصفحات لفرض التدريب، تأمير الأذونات المكتوبة (القرطاسية) للطلاب وتسهيل الوصول إليها، والأعضاء على أسئلة لا يحتاج من متعدد التي تتطلب كتابة قليلة، ولتسهيل معالجة الكلمات مثل

الكمبيوتر والآلة الكاتبة والألات الحاسبة بدلاً من الكتابة اليدوية الإجابة أو حساب، وتنظيم عملية التعلم وإدارة الوقت بشكل مناسب داخل الغرفة الصفية، والتركيز على التعليم بالحفظ القويمة التربوية والتعليمية (Forrest & Lusthena, 1989) وكذلك استخدام التكنولوجيا (كالخفاف، والتلفاز والانترنت) لتوفير التعليم في البيت والمدرسة والمنشئ ولكل الطلاب (Lunch, Lewis, & Murphy, 1993) وتطوير مهارات الطلاب في استخدام المكتبة والحاسوب وتدريبهم بالبحث ضمن مجموعات كجزء من دورتهم اليومية لتقوية الجانب الاجتماعي واختيار المشاريع الخاصة، وممارست التي يستطيع الطلاب التعلم بواسطتها (Turner, Baldwin, Kleinger, Kozma, 2000)

ثانياً، تكيف المسكن طمعية للموقع

وهذا يكون بتصميم البيوت والتقسيم السكنية بتوفير مساحات لتسهيل تحمل لمناخ بالكرسي التحرك، وتكيف دورات المياه والمقاسل لتبلي احتياجاتهم، وتسهيل الوصول لمخارج الطوارئ عند الحاجة إليها، وتوفير ممرضين وكادر طبي طوارئ اليوم لخدمة طلبة للموقعين (Singh, 2003).

الاحتياجات المختلفة لتتضمن الإعاقات

ومما يتعلق بمفهوم الحاجة فهي تعني افتقار الفرد إلى شيء ما يقترب عليه تؤثر وذلك، ويعد مع الفرد إلى القيام بنشاط معين لإشباع هذه الحاجة مما يقود إلى خفض هذا لتوتر

ويعرف مرسى (1996) الحاجة بأنها مفهوم فرضي يدل على حالة من عدم الاتزان الداخلي بسبب نقص شيء مادي أو معنوي، يؤدي إلى التوتر والإثارة لمكانان السلي فبدلته إلى النشاط والاستمرار فيه حتى يحصل على ما ينقصه ويشبع حاجته فيعود إلى توازنه الداخلي.

فاذا افتقر الفرد إلى بعض الحاجات في حياته يؤثر على جوانب النمو لديه، وهذا يعود أن الفرد كيان عضوي نفسي وحي اجتماعي متكامل، فكل نقص في بعض الحاجات يؤثر سلباً على مظاهر النمو السليم.

ويمكن تصنيف الحاجات إلى: حاجات النمو الجسمي، حاجات النمو النفسي، حاجات النمو الاجتماعي، حاجات النمو الانفعالي، وحاجات النمو العقلي أولاً، حاجات النمو الجسمي، ومن الأمثلة عليها:

أ. الحاجة إلى الطعام. وتُمد من الحاجات المطربة البيولوجية التي تستثار عند نقص انزيم الغلايكة، فتؤدي إلى اختلال التوازن الداخلي، فالغذاء من الحاجات الضرورية للأطفال لنموهم لأنه عامل رئيسي في تكوين الجسم ولي نموه أيضاً يمدّه بسوء التغذية أو حرمان الطفل من الغذاء الكافي يؤدي إلى متاعب صحية وحركية ونفسية.

ب. الحاجة إلى النوم: وتُمدّ أنوم من الحاجات البيولوجية اللازمة لنمو الطفل الجسمي والعقلي والاجتماعي، لأن عملية النمو في الطفولة سريعة تستند مجهوداً كبيراً في عملية الهدم وبناء، فيتم تدوير هذا الجهد عن طريق النوم، فهو يقلل من مجهود الطفل ويحفظ الطاقة اللازمة للنمو، ويتيح للعرض لبناء الأنسجة التالفة.

ج. الحاجة إلى الرعاية الصحية والوقاية من الحوادث: وتشتمل هذه حاجة في المحافظة على صحة الأطفال وحمايتهم وتحسينهم ضد الأمراض وروايتهم منها، والتخصص الطبي المعوي، والكشف المبكر عن الإعاقات وغيرها، أما حاجتهم إلى الوقاية من الحوادث فترتبط بحاجتهم الشديدة إلى الحركة واللعب وحب الاستطلاع، مما قد يعرضه إلى بعض الكسور والجروح والكدمات والحروق وحوادث السيارات.

ثانياً، حاجات النمو الانفعالي، ومن الأمثلة عليها:

أ. الحاجة إلى الحرية والاستقلال: وتشتمل هذه الحاجة في نزع الطفل في مراحل نموه إلى القيام بأنفسه تثبيت استقلالته وحرية، وتؤكد وجوده، وتلعب ممارسات الوالدين والمعلمين دوراً كبيراً في تنمية هذه الاستقلالية أو إعاقتها ومنها: البالغة في رعاية الطفل من الأذى والتركيز على الخطأ الطفل وإشماره بالمجاز عن القيام بأنفسه صحيحة، والمبالغة بداء الطفل والشك في قيمته كتخص

ب. الحاجة إلى الحية والحيث. وتتمثل هذه الترتبة في أن يكون الطفل في موقع محظ وحب والديه وأقربائه والمحيطين به، فإن تحقق له ذلك أدرك أنه شخص محبوب به مستمر عندها بسعادة طاهرة وتتمسك على علاقته مع الآخرين.

ج. الحاجة إلى الأمن النفسي. وترتبط تولد الفرد في مراحل نمو المختلفة مع نفسه على مدى شعوره بالأمن في طفولته، فإذا نشأ الطفل في جو آمن فإنه سينمو نمواً سليماً، والفرد الذي يشعر بالأمن في بيئة آمنة مشبعة بحسب تصميم هذا الشعور، فتمتد البيئة الاجتماعية مشبعة بحاجاته وفقدان الشعور بالأمن يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

ثالثاً، حاجات النمو الاجتماعية، ومن الأمثلة عليها:

أ. الحاجة إلى الانتماء والولاء. إن حاجة الطفل إلى الولاء والانتماء لجماعته وصحته وعرضه من الأمور الضرورية لنموه النفسي والاجتماعي.

ب. الحاجة إلى تعلم النماذج السلوكية المرغوب فيها: إن حاجة الطفل إلى معرفة التقيم والاتجاهات والممارسات السلوكية للرفوف فيها من الأمور الحيوية التي نعمله متوافقاً مع الآخرين.

رابعاً، حاجات النمو النفسي، ومن الأمثلة عليها:

أ. حاجة الطفل إلى الاستطلاع والاستكشاف. وتبدو هذه الحاجة في ميل الطفل إلى استكشاف بيئته وجمع المعلومات عنها لاكتشاف البيئة يساعد على اتساع مدرك الطفل وتحصيله الدراسي.

ب. حاجته إلى التفكير العلمي. يتعلم الفرد التفكير المنظم الذي يستخدمه في الإجابة عن تساؤلاته ويستخدمه في حل مشكلاته وفي نشاطاته التي يمارسها وفي علاقته مع الآخرين.

فالاحتياجات هي محددات السلوك ومركباته فهي تنف وراء كثير من المظاهر السوية وغير السوية للسلوك، وإشباعها مطلب أساسي وضروري لنمو الطفل وتوافقه مع ذاته والحاجة تعمل بصورة شعورية ولا شعورية، وتشير أكثر الدراسات

الإكسبكتيكية إلى أن الاضطرابات والاضطرابات المعنوية ما هي إلا أعراض مرضية لفقدان الشعور بالأس في مرحلة الطفولة، كما أن الحاجات تضافت في حدة التغيرات الناتجة من عدم إشباعها، فقد يؤدي عدم إشباع بعض الحاجات عند الفرد إلى وفاته كمرمانه من اللغاة أو النداء أو قد يؤدي الخوف إلى التوتر الشديد كاضطراب من الأس ولا استقراره والحاجات متداخلة يرتبط بعضها ببعض ويؤثر بعضها في بعض، وكذلك نجد أن لكل حاجة استجابات محددة أو خبر محددة لإشباعها، فالحاجة إلى الطعام لا يشبعها إلا الأكل والحاجة إلى الشراب لا يشبعها إلا الماء في حين نجد أن الحاجات النفسية والاجتماعية لها استجابات مرنة وغير محددة.

أما بالنسبة لحاجات ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام ومن ضمنهم متعددي الإحتياجات فهي كما يلي:

قد أدار الشخص (1992) إلى عدة حاجات خاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بوجه عام، وذلك على النحو التالي:

1. قد يعاني الأطفال معوقون من اضطرابات في الإدراك البصري أو السمعى لذلك هم بحاجة إلى الجلوس في المقعدة بالقرب من المعلم مع استخدام أجهزة عرض بدلاً من السبورة واستخدام وسائل تعليمية مخططة.
2. قد يحتاج الطفل إلى أجهزة تصويضية أو أجهزة مساعدة، وبالتالي يجب أن يكون المعلم قادراً على كيفية التعامل معهم.
3. يحتاج لموق إلى أجهزة مريحة تساعد في المرحاض أو عند تناول طعامه أو عند الحركة.
4. يفتقر الأطفال المعاقون إلى الحاجة إلى الاستطلاع والاكتشاف والتعلم، لذلك يهتم على المسؤولين إشباع هذه الحاجة لديهم.
5. يحتاج المعوقون إلى أساليب واستراتيجيات في كيفية التواصل مع غيرهم من الناس.
6. تحتل الحاجات الاجتماعية لعبة خاصة لدى المعوقين، حيث يحتاج هؤلاء إلى التفاعل مع الآخرين مما يشترطهم بالانفتاح، وبحصول الطفل إلى مرحلة المرافقة

بحاج إلى التفاعل الإيجابي مع الآخرين، وبالتالي تحتل الاتجاهات الإيجابية محروم أهمية خاصة، ويجب أن يعمل المعلم على تعديل الاتجاهات بشكل إيجابي لمحوهم، ويجب أن لا يظهر الحساسية الزائدة لهم وعدم إظهار الرفض لهم أو استخدام العقاب

7 يحتاج المعلمون إلى فصل دراسي واسع، خصوصاً من يستعمل الكرسي المتحرك منهم، ويجب أن لزود المباني بمصاعد كهربائية، وتوفر مشابك جانبية ومعدرات لتسهيل عملية التنقل

ويتمحور مما سبق أهمية الاهتمام بمجالات الموهوبين من حيث زيادة الدافعية لديهم لتحفيز النمو الذاتي بتكوين مفهوم إيجابي عن ذواتهم والقدرة على التفكير والتصرف المستقلين لأنهم يحتاجون إلى تحقيق التكيف مع ما يواجههم من مشكلات في نطاق المجالات الابداعية، ولتحقيق ذلك نحتاجهم بحاجة إلى خبرات مباشرة تمكنهم من تنمية مهاراتهم للاختيار الحيد من المحيط كما أنهم بحاجة للمساعدة على فهم أنفسهم، وكذلك يجب تقوية المواقف على تقييم شأنه ليرتقي نحو الأهداف الأكاديمية والمعيشية، فالتكيف مع الإعاقة يقلل من التوتر ويكون الدافع قاعراً على التعامل مع زملائه والتعاون معهم من ناحية الاجتماعية (حسن، إسماعيل، 1991) كما أنه يجب العمل على تغيير فكرة الملقق عن نفسه، والإيمان له بأنه في وسعه التعويض عن الإعاقة في مجال يرضى فيه كالجمال العقلي أو اللغوي أو المجال الاجتماعي أو الرياضي أو غير ذلك، وكذلك لا بد من مساعدته على إشباع ما يلي:

أ. الحاجة إلى الانتماء: إشعار الطفل أنه ينتمي لأسرة تحبه وتحترم عليه، كما أنه بإمكانه الدراسة في صف عادي حسب قدرات العقلية والدافعية (البحار، لديه، وكذلك الالتحاق بمهنة، والبرواج وتكوين أسرة والعيش بين الناس بشكل طبيعي.

ب. الحاجة إلى الإنجاز: تعريف الموقر أن في وسعه الإنجاز في المجال العقلي، لغوي (إلى المدى الذي تسمح به إعاقته) وفي المجال الاجتماعي (إلى المدى الذي تسمح به مساهمته الشخصية)

- ج. الحاجة إلى تحقيق الذات: بحيث يستغل قدراته العقلية المبرجة والداعية والاعتمالية والجسمية والاجتماعية في عمل مفيد له وللآخرين، أي تشجيعه على الإنتاج العلمي والفني لتكثير حسب حالته، وإن تكون له حرية خاصة به
- د. الحاجة إلى الأمن: وتشمل الأمن الجسدي أي أن بإمكانه التغلب على العجز بإخذ الأذى من مساعدة الآخرين الأمن النفسي وهو منع المعاق من الشك في قدراته وإمكاناته. الأمن الاجتماعي. بأن لا يدخل في منافسة مع الآخرين في موافق يكون عاجزاً عن التنس بالطريقة التي يستجيب بها الآخرون تجاهه، حيث يفترض أن تكون طموحاته تتحدى قدراته.

دراسات حول الخدمات والبرامج التي يحتاجها متعلمو الإعاقات

هناك مجموعة من الدراسات الأجنبية التي أجريت على متعلمي الإعاقة، والتي كان لها علاقة بالخدمات والبرامج التي يحتاج إليها متعلمو الإعاقة بناءً على حاجاتهم. ومن لأخذ عليها:

دراسة فريدريك وبالدوين (Friedrich & Baldwin, 1987) وهي دراسة مسحية هدعت إلى تحديد أكثر الإعاقات المصاحبة انتشاراً، وبينت من الدراسة أن الطلبة متعددي الإعاقات يعانون من قصور في وظائفهم الجسمية من بصر وسمع أكثر من غيرهم من ذوي الإعاقة الواحدة ومن ذوي الإعاقات الشديدة، بالرغم من أن عدد الأطفال الصم المكفوسين قليل نسبياً إلا أنهم موجودون. وقد أظهرت توصيات بالبحث ضرورة تطوير وإيجاد الخدمات التربوية والجسمية وتطوير مهارات الاعتماد على الذات بالنسبة لطلبة الإعاقة.

وقام فورتس ولوسثورز (Forts & Lushtors, 1989) بدراسة أهداف منهاج اللوف على احتياجات الأكاديمية لمتعلمي الإعاقة، وتكونت هيئة الدراسة من مجموعة من الطلبة متعددي الإعاقة المسجلين في خرف المصادر داخل المدرسة العادية، ومقارنة المتوسطات أظهرت نتائج الدراسة أن احتياجات الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة تشابه في كثير من الخصائص مع احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة، فمن أهم خصائصهم الأكاديمية أنهم يفتقرون من المتعلمين في اكتساب المهارات، كما أنهم يعانون

من تصور في المفكرة خصوصاً في المهارات التي لا يتدربون عليها باستمرار، كما أنهم يعانون من ضعف في مهارة انتقال أثر التدريب من حوقل لأخر، فهم يعانون من عدم القدرة على الاعتماد على الذات في كثير من المهارات الأكاديمية وقد توجت الدراسة بضرورة جعل ساعات التعلم منظمة بالنسبة للساعات الصفية وكذلك التركيز على التعلم الفردي أو الحقة الفردية.

وفي دراسة لويلز (Holmes, 1989) أشار إلى أن مفتاح النجاح للطببة متعددي الإعاقة هو نفسه الذي يكون للأشخاص الآخرين من ذوي الإعاقة الفردية، فقد ذكر أهمية التركيز على تشجيع المهارات الاستقلالية لدى الفرد متعدد الإعاقات، وأشار إلى أنه لا بد من مد حاجاته الأكاديمية بتوفير بيئات للتعلم المستند، وكذلك إشباع حاجات اجتماعية برفقة فرص التواصل والاتصال مع المجتمع المحيط، وفي النهاية لا بد من توفير فرص للتوظيف بتطوير مهارات العمل والاعتماد على الذات.

وقد قام كل من ماكمان وروز (McCormack & Rues, 1990) بدراسة هدفت إلى معرفة المشكلات الطبية التي يعاني منها الأطفال متعددو الإعاقة قسماً من تحسب البيانات أن نسبة شيوخ مرضى تشنج العضلات تصل إلى 16٪ عند الأطفال، ذوي إعاقة عقلية للمصاحبة، و75٪ لدى الأطفال ذوي الشلل القماحي، كما أنهم يعانون من مشكلات رئوية تنفسية والسبب في ذلك يعود إلى وجود إصابات جسمية وعظمية مما يؤدي إلى الاعتماد بشكل كبير على الأجهزة التنفسية الطبية، وبما أبحث أن الأطفال متعددي الإعاقة يعانون من مشكلات صحية أكثر من العاديين وتنوع هذه المشكلات ما بين التهاب الأذن والقرحات الجلدية والإمساك، وقد أكد البحث على أهمية توفير برامج وخدمات صحية ملائمة، وتوسع بتسرع الحاجات مثل المواصلات للتدخلات الجسمية وتوفر اختصاصي تمهنية وتوفير الأجهزة التعويضية للجسم وكذلك الأطراف الصناعية وغيرها مما يقلل من معاناة هؤلاء الأطفال ويؤدي إلى تحسين وضعهم داخل المجتمع.

وفي دراسة قام بها لانزي، لويس، مورفي (Lynch, Lewis & Murphy, 1993) بهدف منها توضيح كيفية توفير تربية عامة ومناسبة ومجانية لطلبة متعددي الإعاقات، بينة على معرفة أهم حاجاتهم الأكاديمية والتربوية والاجتماعية، وبالتغلب

وخدمات إعادة التأهيل، والخدمات الطبية المتنوعة باستثناء الخدمات الطبية التي تهدف إلى الشخص الطبي أو التقييم إذ أن الطفل بحاجة إلى الخدمات الطبية المستمرة، وكذلك توفير اختصاصي تغذية، وتدريب الأهل على التعامل معهم، وتوفير خدمات الصحة النفسية، وتوفير طبيب مؤهل للتعامل مع ذوي الحاجات الخاصة ومتعددي الإعاقة.

وفي دراسة قام بها كل من هارتوينج وريستش (Hartwing, Russell, 2000) بهدف منه معرفة أهم التغيرات التي شملها قانون الكونغرس الأمريكي الذي صدر في العام (1999م) بشأن حق تدريب الطلبة متعددي الإعاقة وفن حاجاتهم، فقد خصصت الدراسة إلى أهم الحاجات التي لا بد أن يلتزم بها مديرو المدارس ومسؤولون بالنسبة لحاجات متعددي الإعاقة وهي أن كل الطلبة ذوي الإعاقات يستحقون لأمن والاستمرار، كما أن من حقهم التعلم ضمن مدارس نظامية وعصرين بيئات تعليمية مناسبة وطريقة تحت إشراف تخصصي، كما أن يجب أن يكون لدى المعلمين ومندوبي المدارس الأدوات اللازمة لمساعدة ذوي الإعاقات المتعددة على تعديل السلوك غير المرغوب فيه والتعامل معه بمجرد ظهوره، والعمل على جعل التعليم مجانيا بالنسبة لهذه الفئة ومن الطلبة متعددي الإعاقة في الحصول على تعليم مكيف وملابس ومن الخطة الفردية (IEP) وكذلك تصميم برامج تعديل سلوك ذات فعالية

وفي دراسة لثيرنو وبالدوين وكيرنر (Turner, Baldwin, Kleimert, 2000) كهدف منها التحقق من فاعلية المدرسة في سد حاجات الطلبة متعددي الإعاقة وشعبي الإعاقة في ولاية كنتاكي الأميركية، شملت الدراسة 36 مدرسة و60 طالباً في برنامج الصفقة، وقد وجد أن أهم ما يحتاجه هؤلاء داخل البيئة الصفية هو المنهج المناسب، وقد تم استخدام الخطة الفردية للقيام مدى ملائمة تكيف المناهج العادية لحاجاتهم وقدراتهم. وتم تحديد ستة أهداف لكل طالب من «بهاج العادي وفقاً لقدراته، وتم تدريبه هذه الأهداف بالخطة التعليمية الفردية، ولوحظ أن الأهاء قد نجس لدى الطلبة متعددي الإعاقة وذوي الإعاقات الشديدة داخل الصف، وتمت ملاحظة التفاعل الاجتماعي للطلبة داخل الصف، وخرجت الدراسة بأن أهم الحاجات القوية لتعددي الإعاقة أو ذوي الإعاقة الشديدة هي

- العمل على تصميم خطط فردية مناسبة لكل طفل.
- الحاجة إلى تصميم برامج لدعم المهارات الأكاديمية والاجتماعية لديهم وتطويرها.
- تطوير مهارات استخدام المكتبة والحاسوب.
- العمل ضمن مجموعات لتقوية الجانب النفسي والاجتماعي.
- الحاجة إلى توظيف المهارات التي تعلموها
- كذلك الحاجة إلى أنشطة لا منهجية ذات أهداف تدريبية وتعليمية مناسبة لأعمارهم وقدراتهم.

وليام كن من فريدريكسون و Turner (2003) بدراسة هدف منها تحسين القبول الاجتماعي نحو الطفل متعدد الإعاقات باعتبار ذلك حاجة مهمة من الحاجات النفسية والاجتماعية لديه، وتكونت عينة الدراسة من عشرين طفلاً من يعانون من اضطرابات سلوكية مصاحبة لإعاقات مختلفة، وتراوحت أعمارهم من 6 إلى 12 سنة، وكذلك من عشرين طفلاً عابياً لا يعانون من إعاقات، وتم تقسيم العينة إلى عشرة أطفال في كل مجموعة بطريقة عشوائية، وتم العمل على رفع درجة الكفاءة الاجتماعية بالتفاعل بين الأقران، مما يستوجب تصميم برامج تدخل لتطوير المهارات الاجتماعية، ونهى من نتائج الدراسة أنه قد نحس مفهوم الأطفال لذواتهم بشكل إيجابي تحسن أوضاعهم النفسي، وسين أيضاً أن هؤلاء الطلاب بحاجة إلى إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم من الطلاب العاديين

وقام كن من جرانتيك وبيل وكوتر وهاموند (Guralnik, Neville, Connor, Hammond, 2003) بدراسة هدفت إلى معرفة الحاجات الاجتماعية للأطفال المعطلين بأنهم متعددو الإعاقة وذوو إحتياجات خاصة، والقدرة على التفاعل الاجتماعي وتأثير العائلة على الكفاءة الاجتماعية للأطفال. تكونت عينة الدراسة من الأطفال المسجلين في المدارس ضمن خدمات التربية الخاصة والذين يتلقون تعليمًا خاصاً، وكان متوسط العمر (5.2) سنوات أما المعايير التي كان لا بد من توفرها في العينة فهي

- أن يكون أعمارهم ما بين 48-78 شهراً.
- أن يكون هؤلاء من يتلقون خدمات (IEP).

- أن يتراوح معدل تلكه ما بين 52- 90 LQ

- أن يكون من يتقن أو أكثر من الإعاقة المختلفة

ولقد تم تطوير مقياس مدرج الإجابة (0= أبداً، 1= أحياناً، 2= كثير جداً) على ثلاث مجالات اجتماعية مهمة مثل: هل يستطيع الطفل إقامة علاقة صداقة مع غيره؟ هل يستطيع اللعب مع أقرانه؟ هل يكتب نبراً من جماعة جديدة من الأطفال؟ وتبين من الدراسة أن الأطفال المصنفي بحاجة إلى استراتيجيات تأهيل للاعتلاط بالمجتمع والحاجة إلى تنظيم أوقاتهم وتدريبهم على أساليب لعب مختلفة.

وفي دراسة لاستييز (Foster, 2004) ليلف منها التصرف إلى أهم الحاجات والخدمات التي توفرها المدارس لتعدي الإعاقة في ولاية تكساس، حيث خصصت لدراسة مستوى التعليم الخاص في المدارس المنطقة في تكساس وأهم الحاجات لدى الأطفال متعددي الإعاقات من الناحية الأكاديمية من حيث تعليم هؤلاء الطلبة ضمن برنامج فردي يراعي قدراتهم وإمكاناتهم وقد أشارت نتائج الدراسة إلى حاجة هؤلاء إلى تكيف البيئي والبيئة المادية لتلبي حاجاتهم من حيث التحلل والتواصل وقد شملت عينة الدراسة (300) طالب من متعددي الإعاقة مثلوا ما نسبته 6.3% من مجموع لإعاقات، أما عدد الطلبة متعددي الإعاقة داخل المدرسة العادية فلم يتجاوز 2% من مجموع الطلاب، وكشفت الإعاقات الأكثر انتشاراً هي صعوبات التعلم واضطرابات الانفعالية والاضطرابات اللفظية والكلام وإعاقات صحة كالشلل والشلل النعاسي والشلل... ثم الإعاقات الحسية المصاحبة كالإعاقات السمعية والبصرية

هذا ولم يتمكن المؤلف من العثور على دراسات عربية حول متعددي الإعاقات باستثناء دراسة واحدة حول احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة في مراكز التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية. فقد هدفت الدراسة التي أجراها العابد (2005) إلى التعرف إلى احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة البصرية والذهنية والاجتماعية والالفة في مراكز التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية وعلاقتها بمستفري العمر والجنس. وقد شملت عينة الدراسة جميع الأفراد متعددي الإعاقات الموجودين في البرامج الخاصة بمراكز التربية الخاصة في جدة والرياض والدمام، حيث بلغ مجموع

(120) طالباً وطالبة موزعين على (30) برنامجاً وللإجابة على أسئلة الدراسة تم تطوير استبانة بلغ عدد فقراتها (108) فقرات موزعة على أربعة أبعاد، وقد تم التصديق من الصدق الظاهري للاستبانة وكذلك الثبات

وتم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمسائل للإجابة على سؤال الدراسة الأول، وقد تم ترتيب أبعاد الاستبانة نظرياً حسب أهميتها النسبية بناءً على متوسط الإجابات وكانت كالتالي: البعد الاجتماعي، البعد الجسمي، البعد التربوي، البعد الانفعالي، ولوحظ أن أبعاد الدراسة كانت على درجة عالية من الأهمية، حيث تراوحت متوسطاتها الحسابية (3.34-3.82) باستثناء البعد الانفعالي فقد كان متوسطه الحسابي (2.74).

وتم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واعتبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لكل متغير للإجابة على سؤال الدراسة الثاني، وأظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد الدراسة وعلاقتها بمتغير الجنس، أنه ثمة علاقة بين البعد الجسمي والجنس، وكان اتجاه العلاقة لصالح الإناث، بينما لا توجد علاقة بين البعد التربوي والجنس، وتوجد علاقة بين البعد الاجتماعي والجنس وكان اتجاه العلاقة لصالح الإناث، وتوجد علاقة بين البعد الانفعالي والجنس لصالح الإناث.

وأشارت نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد الدراسة وعلاقتها بمتغير العمر إلى وجود علاقة بين البعد الجسمي والعمر لصالح فئة الأعمار (8-12) سنة، وعدم وجود علاقة بين البعد التربوي والعمر ووجود علاقة بين البعد الاجتماعي والعمر لصالح الفئة العمرية (4-7)، ولم توجد علاقة بين البعد الانفعالي والعمر.

ولم استلزام اعتبار تحليل التباين التثلاثي لأبعاد الدراسة وعلاقتها بمتغيري العمر والجنس، وأشارت النتائج إلى أنه لا توجد علاقة بين البعد الجسمي ومتغيري العمر والجنس، وأنه لا توجد علاقة بين البعد التربوي ومتغيري العمر والجنس، ولا توجد علاقة بين البعد الاجتماعي ومتغيري العمر والجنس، إلا أن النتائج أشارت إلى وجود علاقة بين البعد الانفعالي ومتغيري العمر والجنس.

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

تعريف التدخل المبكر

أهمية التدخل المبكر

مكونات التدخل المبكر

التدريب ووضع التدخل المبكر

مراحل عملية التدخل المبكر

استراتيجيات التدخل المبكر

الطرق المستخدمة في برامج التدخل المبكر

الامتيازات الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر

أهداف الممارسة التطبيقية لبرامج التدخل المبكر

الفرق بين التدخل المبكر

التدخلات اللازمة للصغار في طريق التدخل المبكر

والأولاد ذوي التدخل المبكر

دور الأسرة في تنفيذ التدخل

الفرق بين التدخل المبكر وبين طرق التدخل المبكر والأسرة

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

الفصل الثاني

التدخل المبكر والتأهيل من الإعاقات المتعددة

مقدمة

استلزم جان بياجيه نظريته المعروفة لتسوية اهتماماته بالنمو المعرفي وإعطاء دوراً إيجابياً للإرشاد والتوجيه والتأكيد على البناء المعرفي في جميع الحالات وإعطاء أهمية لحدود الأعلى من النمو

وتخصص مبادئ نظرية جان بياجيه فيما يلي.

1 الإنسان يمتد من تجربتين أساسيتين هما:

التنظيم وهي القدرة على تصنيف وتنسيق العمليات والخبرات في نظم مترابطة متعاضدة.

التكيف: وهو القدرة للتوافق مع البيئة خلال التفاعل المباشر معها.

2 العمليات المعرفية تحول الخبرات إلى شكل يمكن للطفل استخدامه في التعامل مع الواقع الجديد) كما في العمليات الحيوية كعملية الهضم حيث يتحول الطعام إلى شكل يمكن للجسم استخدامه في بنائه).

3 العمليات العقلية العليا تسعى إلى تحقيق التوازن حيث يسعى الطفل إلى تحقيق الاستقرار في تصوره للعالم في تعامله معه، كما أن العمليات الحيوية يسبب أن تظل في حالة توازن.

4 يمر الطفل كمي بحول الخبرات إلى معرفة بمسئلتين مكملتين لتزجي التنظيم والتكيف وحمية التوازن وهما:

الاستجابة: وهو عملية استدخال ومثل عناصر البيئة في البناء المعرفي لتتمثل فيكون لديه إطاراً عقلياً مرجحاً حيث يستجيب للموقف الجديد كما سبق أن استجاب لواقف مماثلة في الماضي، وهذا يؤدي بالتطبيع إلى التعميم.

- **التوازن:** وهو عملية تعديل الطفل لتصوراته للعالم كخبرات جديدة مما يؤدي إلى تغيير بناء المعرفة لديه.

3 عندما يستوعب الطفل الخبرات ويتواءم معها يظهر لديه نمط سلوكي منظم يعرف باسم نظام أو المخطط (Scheme) الذي يسير عليه الفرد وهو يأكل، يشرب، يلعب، الخ.

6 البناء المعرفي يكمن وراء السلوك (جول، 2000، 47 - 48)

وقد افترض بياجيه وجود أربع فترات تنموية كبرى للارتقاء وتطور خلالها العقل الإنساني:

أولاً المرحلة الحسية / حركية (Sensory-Motor Stage)

تقسم هذه المرحلة بعدة مراحل من التآزر المتتابع بين المخططات إلى مراحل متعاقبة أكثر تعقيداً وتكاملاً، ويمتد من الميلاد حتى سن مستجوع وتتميز هذه المرحلة بعدة خصائص من أهمها:

1 كساب الطفل للمهارات والتلفقات البيطة ذات الطابع السلوكي الحركي وهو مزود بمجموعة من الأفعال المتكسبة القطرية وهي طريق التعلم تتعدل تلك الأفعال لتصبح أكثر انساقاً مع البيئة التي يعيشها الطفل

2 لتركز الطفل حول ذاته حيث يكون تفكير الطفل واعتماداً محسباً على ذاته وليس اعتماداً بالآخرين.

3. عندما يتعلم الطفل الكلام يشكر أخطاءاً جديدة من السلوك ويعمحل تفكيره نحو العمليات العقلية الداخلية

- 4 يحدث تحسن في الترابطات المتعلقة بالنشاط الحسي كما يحدث هذا التحسن في الترابطات المتعلقة بالنشاط الحركي وبدأ الكلام والتفكير الرمزي في هذه المرحلة. لا أن هذه التمثيلات ترتبط بأحداث خاصة أو شخصية ويقترح بإيجاز ستة مراحل عمالية فرعية على النحو التالي:
 - المرحلة الأولى: (من الميلاد حتى الشهر الأول). استعمال لأصوات المتكلمة.
 - المرحلة الثانية: (من الشهر الأول حتى الشهر الرابع). أنماط التكيف المكتسبة الأولى ورد الفعل الدليري الأولى.
 - المرحلة الثالثة: (من الشهر الرابع إلى الشهر الثامن) ردد لأعمال الدليرية والأساليب التي تهدف إلى العمل على استمرار المشاهدة الخيرة.
 - المرحلة الرابعة: (من الشهر الثامن إلى الشهر الثاني عشر). تسبب الصبح الثنائية وتطبيقاتها على المواقف الجديدة.
 - المرحلة الخامسة: (من الشهر الثاني عشر إلى الشهر الثامن عشر) رد المعنى الدليري الثلاثي والكشف عن الوسائل الجديدة من خلال التجريب الشهد.
 - المرحلة السادسة: (من الشهر الثامن عشر إلى نهاية السنة الثانية) ابتكار وسائل جديدة من خلال التراكيب العقلية، بداية التعليل والكلام. (محمد جهاد جبل، 2000، 30) (سولسو، 2000، 683 - 604) (تسمي مصطفى الربات، 1995، 191-190)
- ثانياً: مرحلة ما قبل النسبيليات Proportional Stage
وتتخذ من من المستوي إلى نهاية من الخامسة أو السادسة وتقسبها البعض إلى.
 - 1 ما قبل، المعاهيم (من مستويين حتى نهاية السنة الرابعة).

2. التفكير الخفسي (من سن الرابعة حتى بداية السابعة).

وأهم ما يميز هذه المرحلة ما يلي:

- 1 أنها مرحلة انتقالية بين المرحلة الأولى والثالثة (أي لا تتميز بحدوث أي توازن أو إليات).
- 2 في بداية هذه المرحلة يميز الطفل استخدام المفاهيم وخاصة مفهوم الثقة والعلاقة المضمومة للمفهوم في لغة معينة. أي أن تفكير هذه المرحلة يعد في منزلة متوسطة بين مفهوم الشيء ومفهوم الثقة وهو نوع من التفكير التحولي من الخاص إلى الخاص.
- 3 كما تتميز بانسداد المفرد السريع والقدرة على تكوين حل كاملة وفي نهاية المرحلة يكون قد ألم بمفردات لغوية كثيرة.
- 4 يعتقد الطفل في الحقيقة كما يراها ولا يفتح بوجهة النظر التي تقال له بعكس البالغين.
- 5 يتجه تفكير الطفل إلى التركيز حول ظاهرة واحدة ولا يغطي اهتمامه ظاهره أخرى.
- 6 فشل الطفل في إدراك العدد، الكمية، الطول، الوزن وخواص أخرى للأشياء.

ثالثاً: مرحلة المصفيات المبرقة Concrete Operational Stage

تتمد من سن السابعة إلى سن الحادية عشرة وتنصف هذه المرحلة بعدد من الخصائص التي تميزها وأهمها:

- 1 يتحول تفكير الطفل إلى الاستدلال بدلاً من تناول الأشياء بمظهرها السطحي والتمركز حول الآخرين بدلاً من التمركز حول الذات وتصور لديه القدرة على إدراك الغالبية العكسية واستخدام الأرقام والربطات المعقدة ويظهر نمط التفكير الترميزي.
- 2 تنمو لدى الطفل القدرة على تنفيذ العمليات العقلية المعكوسة ويدرك أن عمليات الطرح هي عمليات جمع مائل وتبدو واضحة قدرة الطفل على التعامل مع الكميات وإدراك قيمة الأرقام المعقدة وترتيبها وتصنيف الأشياء في فئات وإدراك بعض أسس هذا التصنيف.

3. يميل سلوك الطفل إلى السلوك الاجتماعي الذي يحترم فيه الطفل وجهة نظر الآخرين ويعبر حديثه أكثر اجتماعية وأكثر تشجيعاً للسياق الاجتماعي السائد حوله. (الزيات، 1995، 191-192)

رابعاً: مرحلة العمليات الشكلية (Formal Operational Stage)

وفيها يستخدم الفرد المصطلحات المجردة وتنمو لديه القدرة على حل المشكلات إذ يبدأ بالتميز من حدود الواقع المحسوس إلى إدراك النظريات والمبادئ ويسمى 'بإباجة' هذه المرحلة بمرحلة التفكير الفرعي الاستدلالي (Hypothesis-Deductive) وتعتمد العمليات البديهية في هذه المرحلة على المفرضيات والتصورات البديهية.

وتميز التفكير في هذه المرحلة بالقدرة على إدراك الإمكانات الكامنة خلف ما هو واقع والتزعة نحو الاهتمام بما وراء الظواهر والمشكلات الأيديولوجية. كما يدرك المراحل أن العتات ليست مجرد مجموعات من الأشياء المادية (المسية) ولكن يمكن أيضاً فهمها وتصورها وتفكرها ككائنات معلقة وصورية (شكلية) أي القدرة على التعميد والتصور الافتراضي.

وهناك ثلاث أبعاد رئيسية هي:

1. تمثيل بدائل عديدة لتفسير نفس الظاهرة
2. استخدام آراء أو مقترحات تعتمد على الواقع أو الحقيقة.
3. استخدام رموز لا يقابلها ما يوجد في خبرة الفرد نفسه ولكن لا تعبر مجرد
4. استخدام رموز للرمز وفهم الكائنات والأمثال. (محمد جهاد جيل، 2000، 55)

وإذا تناولنا الرقبة النمطية التطورية نجد أنها تركز بشكل عام على درجة التشابه بين الرطائق التي يؤديها الأفراد الأسوياء والأفراد المعوقين عقلياً. ولقد لعب علماء النمو لل دوراً هاماً في هذا الأطفال المعوقين عقلياً إلى ثلاثة أقسام:

1. فرضية التسلسل المتشابهة (Similar Sequence Hypothesis): (النظم من خلال المراحل، معرفية التي يجازها الأطفال الأسوياء وتخلص هذه الفرضية إلى أنه بمقدور الأطفال الأسوياء والمعوقين عقلياً التحيز نفس المراحل الخاصة بالنمو

المعرفي دون أي تميز إلا في المعدل الذي يتم تحقيقه والنهاية الضموري التي يتم تحصيلها

2. فرضية التركيب المتشابهة *Similar Structure hypothesis* (امتلاك تركيب فكري مشابه للأطفال الأسوياء في كل مرحلة من مراحل النمو والتطور)

وتفيد هذه الفرضية بأن الأطفال الأسوياء والأطفال الموقنون حقلاً لديهم تشابهاً في العمليات المكونة لقدراتهم العقلية ولذا ما تمت مقارنة المستوى العام للنمو العقلي لهم يجب أن يتشابهها حقلاً للعمليات اللغوية النظامية التي تستخدم في فهمها الاستنتاج وحل المشكلات.

3. لاستجابة للمنتجات البنية بنفس الطرق التي يستجيب لها الأطفال الأسوياء حيث يميل العلماء إلى الاعتقاد بأن رد فعل كلا المجموعتين على الفرض البيئية متشابهاً إلا أن بينهما عادة اختلافان لا ميبا وإن للأشخاص الموقنون حقلاً تاريخياً تجريبياً متميزاً فهم يتعرضون عادة في حصول دلالية خاصة أو في مدون من خاصة وربما كمو الأفراد الأقل لطفه ضمن مجموعاتهم أو قد يكون الفشل من نصيبهم أبداً كانوا وفي أي موقفه (المرطوي وأبو زيد، 2000، 54-60).

وبما سبق نجد أن المنظر التمثلي التطوري فتح المجال للعديد من المساهمات العلمية في التدخل والبحث في مجال الإعاقة العقلية ومن هنا قام الباحثون وبمختصون مسلحون بالمعرفة الخاصة بالتطور، والبناء الطبيعي، واللغة، والمهارات الاجتماعية المبكرة بمحاولة تصميم برامج خاصة في التدخل من أجل تنمية قدرات الأطفال الموقنون. (جمل، 2000، 68).

للتدخل المبكر يعتبر من السمات البارزة في رعاية الموقنون بعمامة والمتأخرين ذهنياً خاصة في الربع الأخير من القرن العشرين. فقد أخذت دول كثيرة بأسلوب التدخل المبكر في اللقطة من التخلف العقلي ولم يتم مقبولاً في هذه الدول تأخر رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً والمتأخرين للتخلف أو التأخر التمثلي حتى المتأخرين بالروضة أو الابتدائي (مرسي، 1996، 213).

وعلى هذا فقد يكون هذا التدخل المبكر مرتبطاً ببرامج الوقاية أو ببرامج
التشخيص أو ببرامج العلاج والتعامل مع المشكلة. (الشناوي، 1997: 559)

ويطوّر التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية
للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو لديهم
لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

وبما أن برنامج التدخل المبكر يمتد بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها لغاتهم
وساكناتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج واساليب التدخل تختلف وتتنوع.

لا أننا نجد أن معظم برامج التدخل المبكر تعمل من خلال لدى الأطباء الأساسيين
لغيرهم المتخصصين والذين يهدفون إلى تلبية احتياجات الطفل الخاصة.

(www TheLisenceephalo Network Inc, 2001)

فبرامج وخدمات التدخل المبكر تكون أكثر فاعلية للطفل ولأسرته عندما تقدم
على نحو مدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها وليكي احتياجاتها
وأوبوياتها (Mc Colman, Rowan & Thorp, 1994, 216-226)

تعريف التدخل المبكر

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة على أنه اتساق الجهود النظامية المدعمة
لإعانة الأهلان المقارن الموهقين والأطفال للمرضيين للخلل في النمو منذ فترة الولادة
وحتى سن الخامسة وأيضاً مساعدة أسرهم.

(Samuel A.Kurt et al, 1993: 85)

والتدخل المبكر Early Intervention في رعاية التخلف العقلي هو الجهود التي
تبدل في تحديد الأطفال الموهقين خطر التخلف أو التأخر العقلي قبل وأثناء وبعد
ولادة وجهود الأعصابيين في تشخيص الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة الرضاعة
وتوليد الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة المبكرة وخاصة في سن من الولادة
وحتى الخامسة. (مروسي، 1996: 213)

ويمكن القول أن التدخل المبكر هو تلك الإجراءات أو الجهود أو البرامج التي
تتخذ في مجال الطفولة دون حدوث نتيجة ضارة أو التقليل من شأنها أو زيادة فاعلية

هذه الجهود أو الإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت أبقي بدرجة كافية من الوقت الذي أتاح معظم الناس أن يحثوا فيه عن مساعدة (الشادي، 1997، 359) (القمش والسعيد، 2007)

كذلك فإن التدخل Intervention يعني التعامل مع مشكلة تعوق الطفل سواء من ناحية إمكانياته في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء والمهيطين بحيث يؤدي هذا التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التغلب من آثارها السلبية وتطبيق أفضل نواتج بحسب الطفل وأمرته وبيئته (عبد الحميد، 1999، 37)

والتدخل المبكر هو ما يطلق على كل الأطفال المعرضين للخطر الخاصة بالنمو أو الفهم من النمو، والتدخل يكون في الفترة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة والمرة التي يصل فيها الطفل إلى المدرسة وهذا يتضمن العملية كلها ابتداء من إمكانية التعرف المبكر والتدخل حتى لحظة للتدريب والإرشاد.

(www.Natural.com 2001)

ويشير تعريف آخر إلى أن التدخل المبكر هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية النشطة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التعليمية والتربوية والغنية باللاحقة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعير، بل تشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي.

بذلك تعريف آخر على أن التدخل المبكر هو مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضاً لخطر التخلف أو الإعاقة قبل ولادته وبعد الولادة وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة الأولى. (شكري، 2008، 141)

وما سبق يمكن القول بأن:

التدخل المبكر هو تلك الإجراءات والبرامج التي تتم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل الولادة وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة ويتضمن

فإن العملية كلها بداية من إمكانية التعرف لليكر على الحالات وتبنيها حتى مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة.

أهمية التدخل المبكر

إن الطفل المتأخر ذهنياً بنفس مراحل النمو الارتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أن الطفل المتأخر ذهنياً يحتاج إلى مجهود أكثر وفرة أطول للتدريب على اكتساب المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي ويجب أن نشير إلى أن تدريب الطفل المتأخر ذهنياً على هذه المهارات في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على اكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعي من طرق التعرف على احتياجاته وتوفرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه والتعامل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقليل الأسرة والمجتمع له (محمد، 1999: 20-21)

ويرجع أهمية التدخل المبكر إلى أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية، كما أنه يسع أيضاً الميول للتفوية عند الأطفال ذوي الإعاقة. (Samuel A. Kirk et al. 1993: 88)

وقد أثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم لآسائي هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة. وقد أصبح وقت التدخل مهماً عندما يتعرض الطفل إلى خطر فقد مرحلة التعلم خلال مرحلة الإعداد القصوى فإذا لم تنتم هذه المراحل التي يكون فيها لديه القدرة على التعلم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم بعض المهارات مع مرور الوقت.

وللتدخل المبكر تأثير هام على الوالدين والأخوة وكذلك الطفل المتأخر فالأمر الذي يديها طفل معوق دائماً ما يشعر بالإحباط والعزلة عن المجتمع ويبدأ توترها يوماً بعد يوم وإحساسها بالعجز. فالضغط الناتج من وجود طفل معوق يؤثر على مدى مساعدة الأسرة له ويؤثر على تقدم نمو الطفل والتدخل المبكر يتيح ويسبب تحسين معاملة الوالدين تجاه أنفسهم وأطفالهم مما يكسبهم المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم أطفالهم بالإضافة إلى قضاء وقت الفراغ معهم بحسب حاجتهم.

والمتجمع هو المعتقد فالطفل الذي ينمو ويتعلم يكتب القدرة على الاعتماد
على النفس ويقلل من الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية وهذا يحقق فائدة اجتماعية
والاقتصادية (www.Kidsources.com 2003)

ومن مراجعة هيرارد وأورد لانسكي ثلثت الدراسات حول أهمية التدخل المبكر
في رعاية الأطفال المعرضين للتخلف أو التأخر العقلي تبين لمحسن حالات كثيرة في
النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي واللغوي والحركي كما تبين من هذه المراجعة أن
التدخل المبكر له تأثير كبير على المدى البعيد (مرسي، 1996: 225)

ولقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخلص
تأثيراته حالة لإعاقته وهو يحقق فائدة أسرع من التدخل المتأخر

(Hayden, 1997: 160)

من متابعة الأطفال الذين حصلوا على الرعاية المبكرة وجد أن معظمهم كانوا
تلاميذ حاديين في المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية ولم يتحقق منهم بالترتبة
خاصة، لا نسبة قليلة أما الأطفال الذين لم يجدوا الرعاية المناسبة فقد ليددت حالات
بعضهم سوءاً في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة وارتفعت بينهم نسبة التحلف
العقلي وبطء التعليم والانحرافات السلوكية

يضاف إلى هذا ما أشارت إليه دراسات أخرى من أن التدخل المبكر يسهم في
تخفيض تكاليف رعاية الطفل المتخلف عقلياً (مرسي، 1996: 225)

والجدير بالذكر الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر والتي
لادني إلى إمكانية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال عاديي بنجاح
(Hayden, 1997: 161) (Guralnick, 1990: 3)

مبررات التدخل المبكر

أكد تحليل نتائج الدراسات العلمية أن التدخل المبكر له آثاره الإيجابية على
لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأنه كلما كان التدخل مبكراً كانت فوائده أكبر
بالنسبة للأطفال وأسرعهم. وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر

1. تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات مثالية حرجية خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثرًا بتجارب غيطة وبالتالي فإن تقديم تدخلات مبكرة يمكن أن يطور النمط الأولي من التعلم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة. (Howard, A., 1992, I: 99) (القلمش والسماهد، 2007)
2. أهمية المؤثرات البيئية والمضغرات المحيطة في تشكيل عملية التعلم خاصة أن المؤثرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس ناتج البيئة بوراثة فقط ولكن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً حاسماً، لذلك فإن تزويد الطفل بتجارب المبكرة سيساعد في تنمية قدراته للمخطة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية أخرى.
3. في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإحاطة وحالات الأطفال المعرضين للخطر يمكن أن تؤثر بطريقة سلبية على تعلم الطفل وضعية قدرته.
4. يحتاج لأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين نمط ينكته ومتقنة عن العلاقة الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة الزمنية الحرجة فالمدرسة ليست يتجلاً للأسرة فالأباء هم معلمون لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة.
5. تؤكد الدلائل على المستوى الاجتماعية والاقتصادية الناقصة عن تقديم الخدمات المبكرة خاصة في التطفل من الأبناء المادية للترقية على تأخيرها أو عدم تقديمها مبكراً وكذلك في إمكانية التمتع من هذه المشكلات الاجتماعية اللاطحة فال تدخل المبكر يسهم في تجنب الأثرين وتقللها ذو الاحتياجات الخاصة مراجعة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.
6. إن تدهوراً لائقاً قد يحدث لدى الطفل ذو الاحتياجات الخاصة بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه الطبيعيين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
7. تتداخل مظاهر النمو حتى يمكن القول أن عدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

ولقد شهدت العقود الماضية تطور نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المستقر في السن والأطفال المعرضين بالخطر (Ferrell, A. & Rebecca, C. 1996, 233-234) (Lee, P., 1993, 58: 103)

الفرص وبرامج التدخل المبكر

يقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو فكل طفل له من نوعه والبرنامج الذي يتناسب طفلاً قد لا يتناسب غيره بغيره بغيره الدرجة فكل طفل في حاجة إلى برنامج خاص به، فبالإضافة إلى تناسب ظروفه الأسرية وعلى هذا الأساس يوضع برنامج مكتوب لكل طفل يشترك في إصداره وتقييمه الأخصائيون ووالدا الطفل وبمضمون عامة الآتي:

- مستوى نمو الطفل الحالي.

الأهداف السوية (البيئية) والشهوية (الفردية)

الخدمات التعليمية التي يحتاجها الطفل.

إمكانية استفادة الطفل من التعليم الذاتي.

معايير تقييم تقدم الطفل أثناء البرنامج.

مواجد هذه الخدمات وحلة كل منها وأماكن تقديمها.

- مواجد مراجعة البرنامج. (موسى، 1996 220 - 221)

مراحل عملية التدخل المبكر

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التدريب، الإرشاد وبالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيباً منطقياً إلا أنه عند التطبيق يتداخل مع بعضهم ولا يمكن التفريق بينهم بسهولة. ونفصل المراحل المذكورة سابقاً فيما يلي:

- التعرف (التشخيص): ملاحظة الملاحظات الأولى أو الإرشادات التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمو وأنه في تقدم شديد.

- الاكتشاف: هي طريق بحث هذه الملاحظات والإرشادات بطريقة منظمة لكافة السكان والتي تتضمن برامج مسحية مثل تحليل القليل كيتومورنيا واعتبارات كشف

- الإعاقة السمعية واضطرابات النمو ولا تمثل عرصات هذه الاختبارات التشخيصية بل يتم تحرير الأطفال لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.
- التشخيص: ويكون نتيجة جود الإعاقة في النمو بجانب معرفة الأسباب المسببة لها، والتشخيص يأخذ مكانته في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإشارات التي تعتبر الطفل معرض لخطر أو لحراف النمو
- التدريب: كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل ويحتمل حسمت الخلق ظروف أفضل للنمو، هذه الأنشطة تتضمن تربية وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية من طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، اختصاصية السمعية والخطية.
- الإرشاد: وهو كل أشكال التدريب والاستشارة للطلبة وللآباء الأسرة، الأسرة المتكئة، والإعداد بالمعلومات عامة. (2001، www.carlymama)

استراتيجيات التدخل المبكر

يتم التدخل المبكر وفقاً لاستراتيجيات ثلاثة:

1. عمية ترسبية (RE- Mediation). ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل لي سابق عتبات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي
2. تعديل معاهيمه وتعميقه (RE- Definition) - تعديل إدراكات وممارسات برالدي للطفل نحو الطفل.
3. إعادة تعليم الوالدين (RE- Education) لرحلية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.

كما تحدد الاستراتيجيات المهمة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الأتي:

1. استراتيجية التدريب المنزلي Home Based Programs تقوم هذه الاستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزلة وتؤكد على محمل لأسرة للحدود ودعمه الرقسي في تنفيذ الخدمات العلاجية والتربوية للطفل بعد تزويدها بالموارد والوسائل اللازمة لذلك.

ب إستراتيجية مراكز التدخل المبكر Center Based Programs: تقوم على إنشاء مركز خاصة بتوفر بها عدد من المتخصصين العاملين وتستقبل هذه المراكز وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة وهناك الشكل من المراكز.

- مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية

- مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال إلا أنها تشترط على الأهل الحضور والمشاركة في عملية التدريب لعدد معين من المرات

- مراكز تدريب الوالدين وتقوم باستقبال الوالدين وإبناؤهم وفي البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل ومن ثم يقوم الوالدين بمساعدة التدريب بإشراف المتخصصين في المركز

ج إستراتيجية المركز الخاضع للمصاحب بتدريب منزلي

د إستراتيجية التدريب المنزلي الذي يطبقه تدريب في المركز وتقوم على تعليم التدريب المنزلي خاصة في السنين الأوليين من عمر الطفل ومن ثم إحداهم بمرکز التدخل المبكر حتى يبلغ من الخامسة.

هـ إستراتيجية مركز تتبع نمو الطفل Child development Monitoring وتستلخص هذه الاستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة وسابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة نشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج صناديق الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية (مهد الفادر، 2002، 85: 86) (منى حنبلي، 1998، 98: 109)

الخدمات المتخصصة في برامج التدخل المبكر

من الصعب على المتخصصين تقديم الخدمات المتخصصة للتدخل المبكر وذلك للأسباب الآتية.

- الطبيعة المعقدة والمتغيرة لنمو الأطفال

- عدم توفر أدوات التقييم المناسبة.

عدم تولد بيانات حقيقة عن نسبة الانتشار

- عدم توفر معرفة كافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة وإعاقة من جهة أخرى. (Shrinkoff & Mervets, 1991, 21-25)

وعلى الرغم من ذلك يمكن تحديد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. الأطفال أصحاب الحالات الجينية الذين يتبين من تشخيصهم أن حالتهم ينتج عنها إعاقة أو تأخر في النمو

2. الأطفال المعرضين لخطر بيولوجي بسبب إصابة أثناء الولادة أو بعدها مثل الأطفال المبتسرين

3. الأطفال المعرضون لخطر بيئي نتيجة لظروفهم المحيطة (التفرغ) الذي ينتج عنه إعاقة أو تأخر

الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر

يتم تحديد الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

أهمية تجربة المكون

2. أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل الموق لتسهيله

3. أهمية تحسيس كفاية الأسرة وتقوية كفاءتها كمساعد في حل مشكلة الطفل الموق

4. أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال الموقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.

5. تحسين العلاقة الوالدية بالموق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر

6. تضمن الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر مضاعف من تأثير تلك البرامج.

7. أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً خدمية (صحة الموق النفسية، تهئية البيئة الأسرية..الخ) إلى جانب اهتمامها بالجوانب التعليمية للموق.

8. أهمية التجهيز الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في دراسات التدخل المبكر.

- 9 أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن المتكلمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسين في شخصية المعوق.
 - 10 لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويراً وتجهيلاً لظروف البيئة المنهجية بالمعوق والتي قد تكون معوقة.
 - 11 أهمية البرامج الوقائية.
 - 12 أفضل البرامج هي التي تؤمن للمعوق حياة طبيعية وسط أهله وذويه لتعصبه الميزات النفسية.
 - 13 ضرورة أن لا تقتضي برامج التدخل المبكر بالتغيير في نمو المعوق حسب أن تركيز أيضاً على تغيير الأداء الكمي للأسرة في حلاتها وفي مدى قدرتها لاستغلاله.
- (شاكرو قندقي، 2000) (Bailey, et. al., 1998, 27 - 47)

أساليب الممارسة التتفيعية لبرامج التدخل المبكر

وتحدد في الآتي:

- أهداف مكتوبة للبرامج وأساليب محددة لقياس نتائجها.
- أساليب متابعة الأداء لكل معوق وحاجته.
- سبل تحديد الأهداف لكل معوق على حدة وللأسرة أيضاً.
- طرق محددة لتحديد مفهوم السهم الأسري إجرائياً وتجهيد خدماته المتوافقة إجرائياً.
- طرق محددة لتفهم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
- أسلوب تدوين الملاحظات حول الاستجابات المكيفة للمعوق.
- ترجمة ملاحظات إلى إجراءات والتكرار والمتابعة ما يتعلق بمزاج المعوق وعلاقته بالبيئة.
- إجراءات بشأن تفضيل الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة واتخاذ قرارات موحدة بروج، لجساعة سواء فيما يتعلق بمثل العلاقات في الرأي أو في اتخاذ القرارات بشأن المعوق.

حطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية وعشبة وتتضمن إجراءات جمع المعلومات الكمية والكيفية، إجراءات قبول الفروق في البرنامج، ونشطة متابعة الجهود مستقبلاً.

- التأكيد على مشاركة الآباء والأخصائيين وفهم وتشجيع الأهل الذين يهتمون بالوالدين للأسرة وإيصال المعلومات المتخصصة بطريقة مفهومة وفهم الفروق الثقافية لأسر الموهوبين.
- تحسين الخدمات والتسويق فيها وتنويع بالخدمات التوافقية في المجتمع والاستفادة من نماذج الخدمات والبرامج الناجحة وتسهيل عمليات التواصل بين المؤسسات المختلفة (المصطفى، 2000، 149).

طريق العمل في برامج التدخل المبكر

الأطفال المتأخرين هم أطفال لديهم خصائص ومواضع ضعف متباينة بل حد كبير، فمخاوفهم وحاجاتهم أسوأ من متعددة ومختلفة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يهتمهم ويعمل على تلبيتها بشكل متكامل، ولذلك فهناك حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المتأخرين وأسرهم والحلقات القريبة، هو جودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توفيرها في المراكز والأدوار المترتبة من كل تخصص.

(Bondum-Utz, 1994, 59-71) (Fox, et al., 1994, 243-257)

لذلك فإن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها أخصائيون عديدون من بينهم:

- أخصائيي الوراثة Geneticist.
- أخصائي النساء والتوليد Gynecologist.
- أخصائي طب الأطفال Podiatrician.
- أخصائي الأسنان Dentist.
- أخصائي العيون Ophthalmologist.

- Clinical Pathologist .المختبر
- Nutritional Doctor .أخصائي التغذية
- Audiologist .أخصائي القياس السمعي
- Psychologist .الأخصائي النفسي
- Social Worker .الأخصائي الاجتماعي
- Speech & Language Pathologist .أخصائي اضطرابات الكلام واللغة
- Physical Therapist .أخصائي العلاج الطبيعي
- Occupational Therapist .أخصائي العلاج الوظيفي
- Nurse .الممرضة
- Teachers .المعلمون
- Special Education Teacher .معلم التربية الخاصة
- Parents .أولياء الأمور

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر الموجهة للعمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة صفار السن وأسرهم حتى في الدول المتقدمة التي حلت فيها التربية الخاصة إلهازات كبيرة في العقود الماضية (Stayton & Johnson, 1990, 325: 353)

الكفايات اللازمة للعاملين في فريق التدخل المبكر

تشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية:

- معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة (Dimmetri, et. al., 1998, 28: 118)
- القدرة على معرفة أعراض الإعاقة المختلفة وتطبيق أدوات التقييم الرسمية وتفسير نتائجها
- القدرة على ملاحظة سلوك الأطفال
- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلة النمو

- القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي.
- القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال مصادر السن.
- القدرة على فهم مبدأ الترويق الفردية بين الأطفال وتلبية احتياجات كل طفل وفقاً لذلك.
- القدرة على العمل بمعاملة ضمن فريق متعدد التخصصات.
- القدرة على الجهد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمدرسين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.
- القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل واكتساب.
- القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها للعمل على مشاركتها في برامج التدخل المبكر.
- فهم الفلسفة الكامنة وراء المنهج المستخدمة.

والمرجع التربوي المتخصصة غالباً ما يقوم على تحصيلها وتطبيقها أنقسام متفرعة مثل التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والتمريض.

(Bailey et al., 1990, 26-35) (Bennett, et. al., 1997, 31-115) (Buysse, et al., 1998, 84-169)

وظائف فريق التدخل المبكر

تقوم فرق التدخل المبكر خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بالوظائف الأساسية التالية

1. تقييم الطفل وأسرة Assessment Process

حيث يتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقييم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر. وتتوزع عند أعضاء هذا الفريق وفقاً لمتطلبات كل موقف فعلي. المثال قد يتطلب التقييم التشخيصي تدخلاً أكثر عمقاً لعدد معين من المهنيين ذوي التخصصات علمية مختلفة بينما قد لا يطلب التقييم عند إجراء المراجعة ربع السنوية لتابعة تقدم الطفل سوى المهنيين الذين يقدمون الخدمة اليومية للطفل وينتقل بناء فريق التقييم التعامل مع بناء فريق حل المشكلة الذي أشار إليه كل من لارسون

ولانستر الذي يتطلب مستوى عالٍ من الثقة بين أعضاءه ويان عمل يركز على التقصي لا الحلول المقررة سلفاً ويتفق مع التمرين الذي يتميز به بروتوكول التطعيم

3. تخطيط التدخل Intervention Planning

تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية للخدمة الأسرية، ويتنوع أيضاً عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعاً لدرجة الأسرة في أن يقتصر على من يقدمون الخدمات فقط أو رغبها في إضافة مهنيين آخرين للاستعانة بهم في تقديم استشارة لعمليّة تخطيط الخدمة لضمان شموليتها، ويتطلب بناء الفريق الإبداعي مع وظيفة تخطيط التدخل التي يقوم بها فريق التدخل المبكر والتي تركز على اكتشاف الإمكانيات والعيائل الجديدة وتتميز فيها الفريق بالاستقلالية في التفكير بما ييسر تحديد نتائج فريدة ومرتبة وبمجموعة واضحة من مستويات الأداء، فمبادرة ويجب أن يكون لدى فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة على الاستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعددة، باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية

3. تقديم الخدمة للطفل والأسرة Service Delivery

يتنوع أعضاء فريق التدخل المبكر ومقدمي الخدمة باستمرار تبعاً لمتغير احتياجات الطفل وأسرته فقد يضم الفريق أعضاء أساسيين مسؤولين عن تقديم الخدمة وأعضاء استشاريين يقدمون خدمات مباشرة أو غير مباشرة للطفل أو لأي شخص آخر مرافق له عند الطلب. ويتحمل فريق تقديم الخدمة مسؤولية تنفيذ خطة محددة جيداً كما هو الحال بالنسبة للفريق التكتيكي ولتعدد مجموعة من مستويات الأداء، فمبادرة ومهام وأدوار محددة بوضوح ويؤمّن بناء الفريق فعالية كل عضو فيه وفعالية الفريق ككل (علي، 2002، 46 - 47)

دور الأسرة في تشيئة الطفل

الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية الطفل وتلقينه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة لتساعده على بناء تكوّن المعرفي وتحديد ملامحه مع الآخرين. (شفيق، 1999، 132)

بالأسرة تؤدي دوراً بالغ الأهمية تجاه الطفل حيث تقوم بتحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، كما أن لها دوراً مؤثراً في عملية التنشئة الاجتماعية وتوفر الرعاية الاجتماعية والنفسية للطفل والإشباع المنظم لحاجاته ودوافعه البيولوجية والتكنولوجية مما يؤدي إلى تحقيق النمو السوي والتوافق الاجتماعي. (يوسف، 2000).

وإذا كانت التنشئة الاجتماعية للطفل تتم من خلال مؤسسات وركلات اجتماعية وتفاعلية متعددة فإن الأسرة تلعب في مقدمة هذه المؤسسات وتجهز للمساهمة الإسهام الأكبر في هذه العملية (كفاي، 1999: 97)

كما أن الوالدين والطفل يؤثر كل منهما على الآخر فالأم تزلج بين سلوكها وبين مستوى الانفتاح للطفل وفي نفس الوقت تحاول أن تستثير لديه مستويات أعلى من السبرك والطفل يرتقي ويصير من خلال أمه. (مليكة، 1998: 42 - 43)

اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذو الاحتياجات الخاصة

هناك توجهات مجتظ بها الوالدين خاصة بإطلاقها حليتي الولادة فبعد ما حدث عكس ذلك تكون النتيجة مشاعر غخطقة من الخوف والألم، غية الأمل، الشعور بالذنب والارتباط والسجور والتصور (يوسف، 2000: 34)

إن أول رد فعل للوالدين هو شعورهم (بالصدمة) حيث يتأهبها مشاعر الرضى وينكران وجود أي مشكلة لدى الطفل ثم تأتي مرحلة الإدراك والمفهم حيث يدركان أن هناك مشكلة على لدى طفلها وصاحب ذلك قلق شديد واكتئاب ثم مرحلة الانسحاب أو التراجع حيث يرغب الوالدين في التراجع وترك كل شيء يقوم به شخص آخر غيرهم وفي النهاية تأتي مرحلة الاعتراف والقبول وهي المرحلة الأخيرة في الأزمة النفسية التي يمر بها الوالدين ولكن لا يستطيع قول ذلك بشكل قاطع حيث يظل الوالدين يمتنان دائماً أو أن طفلهم ليس لديه مشكلة حتى يمكنهما التكيف مع الحقائق. (صادق، 1995: 218 - 219)

وما سبق يمكن تلخيص أهم مراحول التنشئة لدى الوالدين فيما يلي:

- القلق، الشعور بالذنب والإحباط، واليأس، والتجهز من مواجهة الموقف

- التشكك في التشخيص.
- الاعتراف بإساءة الطفل دون تبصير المشكلة.
- التبصير بمشكلة الطفل وكبر إصابته والسمي إلى تعليمه وتأهيله (الأشول، 1993: 27 28)

طريقة تطوير الخدمات الإنسانية نحو الطفل

- يمكن أن يتم تطوير الخدمات الإنسانية نحو الطفل ذو الاحتياجات الخاصة عن طريق:
- إدراك الوالدين لإمكانيات وقدرات الطفل وتقديرهم لها دون التركيز على جوانب الضعف فقط
- إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل والاحتكاك مع أقرانه الطبيعيين في نفس المرحلة العمرية

وضع توصيات واقعية لأداء الطفل في ضوء قدراته وإمكانياته.

إتاحة الفرصة للطفل لتمية التعليم الذاتي المباشر والذي يشمل المشاركة في انشاء الأهداف وتحديدنا.

البحث عن الخدمات التعليمية التي تعمل على تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه القصور والضعف بصورة مبكرة كلما أمكن ذلك.

دالطفل ذو الاحتياجات الخاصة غالباً ما يتكهن الحياة بصوره مسطحة من الآخرين ومحاولة حمل أو حرية يتكسب منها حيث أن النجاح في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء إنما يعتمد على القدرات المختلفة والتفج الاجتماعي والاندفاعي. (عبد الحميد، 1999: 39)

أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر

إن التدخل المبكر الفعّال لن يستقر دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور تكون أساسها المشاركة في التخطيط للخدمات واتخاذ القرارات بشأنها مما يتطلب تعاون الأخصائيين مهنيين العمل مع الأسرة. إدراك الأخصائيين لصدق المنظور الأسري

يجعلهم يتناولوا من جزء من هميتهم على الأسرة والعمل على المشاركة الفعالة للأسرة في برامج التدخل المبكر (Mc Donnell, et al., 1995: 107)

وتوضح أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

- لا يوجد في الاعتبار أي برنامج للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلا مع وجود تأثير فعال لأولئك الذين في تعليم أبنائهم.
- تؤكد برامج التدخل المبكر على أهمية أفراد الأسرة مع الأخصائيين في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج مما يزيد من دافعية البرامج.
- يشترك الوالدان مع الأخصائيين في وضع أولويات الاحتياجات سواء للعمل أو لأسرة.

مشاركة الأسرة في تخطيط التدخل وكتابة التقدم بناءً على المعلومات القائمة على الملاحظة والتدخل في الأنشطة اليومية.

بعض برامج التدخل المبكر تعتمد بشكل كبير على التدريب في المنزل ومشاركة أساسية للأسرة وهي من أفضل برامج التدخل المبكر

دور الأم في تدريب أمهات أخريات وتعليم أطفالهن نحو طفلهم ذو الاحتياجات الخاصة ومساعدتهم على تعلم (McWilliam, 1996: 183) (Turnbull, et al., 1994)

المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة

- 1- ترجيح التفهم والتدخل من طريق مصالح الأسرة ولولائها.
- 2- على الأخصائيين المهنيين تزويد الأسرة بالمعلومات التي تساعد على الفهم بدوره في صنع القرار.
- 3- حساسية التفهم والتدخل للاختلافات الفردية من حيث احترامه لقيم لأسرة ومعتقداتها وأنماط حياتها.
- 4- لتفهم ذو الاحتياجات الخاصة حاجات كبيرة إلا أن حاجات أسرته أكبر.

- 5 تكيف الطفل ذو الاحتياجات الخاصة يعتمد لفوعة كبيرة على دعم الأسرة له وتكفيها حاجاته وخصائصه.
- 6 وراء كل طفل ذو حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة. كما أن هناك فروق فردية كبيرة بين الأطفال وفروق كبيرة بين الأسرة والأخصائيين غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل ولا يهتمون بتلبية حاجات الأسرة
- 7 أسرة الطفل ذو الاحتياجات الخاصة بحاجة إلى قسط من الراحة والدعم والإرشاد والتوجيه بدون إحصائها بالضعف.
- 8 غالباً ما تُعبر أسرة الطفل ذو الحاجات الخاصة عن اعتقادها بأن الأخصائيين لا يظهر من مشكلاتها ومشاعرهم الحقيقية
- 9 لا يستطيع أي أخصائي مهما بلغت مهاراته أن يلبى بمفرده جميع حاجات أسرة الطفل ذو الاحتياجات الخاصة.
- 10 لا اجتماع مع الآب والأم كلما سمحت الظروف والاستماع إليهما وتزويدهم بالمعلومات من طفلها وتشجيعهما على الشعور بأنهما أصحاب القرار النهائية بشأن طفلها.
- 11 التصرف بطريقة لينة أمام الوالدين وعدم فتقاد الآخرين أمامهما أو الشكوى من الآباء الآخرين
- 12 إعطاء الرئت الكافي للوالدين ففهم مشكلة طفلهم وعدم اتهام الوالدين أو إشعارهما بأنهما السبب في مشكلة طفلها والنظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والده وتهم الصعوبات التي يواجهونها
- 13 تجنب استخدام المصطلحات التي لا يفهمها الوالدين واستخدام اللغة البادرة التي يستطيعان فهمها.
- 14 مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة وتجنب التعامل مع كل الأسر بنفس الطريقة.
- 15 تقديم إجابات علمية وموضوعية لأسئلة الوالدين. (علي، 2002 16 - 25)

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

يقصد بالتدخل المبكر مفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والمعالجة الشاملة مثل خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة. ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال، بل يمتد إلى أنفسهم وإما يشمل أيضا أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي حيث يكون الغرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها التدخل من الحواجز والعوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوفرة محلياً، إضافة إلى إمكانية حصولها على تعزيز وتطوير برامج الرعاية الاجتماعية للتقليل من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقات الجسدية والصحية.

وبالتحديد، فإن منظمة اليونسيف قد خصت المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتدخل المبكر، في النقاط التالية:

1. انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
2. وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تملك المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.
3. غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى عالية أفراد المجتمع.
4. إنداد أو عدم كفاية البرامج اللازمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة للإعاقة ونزرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.
5. وجود هوائق مادية وبشرية مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.
6. غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محلياً، سواء كانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية.
7. ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.

8 اعتبار خدمات الوقاية والعلاج للموَّقفين في لدى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية.

وعلى الرغم من الحاجة هذه للمشكلات وخدماتها، فإنه يمكن تلخيصها أو الحد منها بدرجة كبيرة إلى حال الاكترام يحظى الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفضيلات وخطوات إجرائية لاحقة.

1 يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمراً حيوياً يهدد تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءاً رئيسياً من خطط للتنمية الوطنية المصممة خصيصاً لتطوير جميع المراتب والخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.

2 بدل جهده نوعية للمحافظة بأكصى درجة ممكنة على النمو الطبيعي للطفل وتشكل لأسرة أدلة رئيسية لنجاح هذا الإجراء عتما يتم تنمية قدراتها ودعم إمكاناتها، في التعامل الأمثل مع مشكلات الإعاقة لدى طفلها.

3 على المؤسسات المحلية المختصة سواء كانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية، أن تلعب دوراً مسؤولاً في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدماتها ودعمها المادي والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم، ويتطلب ذلك العمل الجاد من قبل الاختصاصيين في توفير المواد التعليمية والبرامج والمعلومات اللازمة للمعاملين لدى تلك المؤسسات.

4 تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

5. التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.

6. الاهتمام بالاعتراف المبكر على الحالات والأمراض ما أمكن في تلخيص الخدمات العلاجية المتاحة، وتطبيق ذلك فإن الأمر يتطلب إثراء وتطوير برامج الخدمات الأساسية المتوفرة حالياً، ومن ثم استغلالها والاستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج.

ويطلق مع تلك الأسس والمبادئ ما اقترحه المجلس التنفيذي لليونسكو سنة 1980 من اقتراحات وغيرها من التوصيات المقدمة لؤتمر الأسكوا المتحد في صمان 1989 م

وقد ركزت تلك المقترحات على ضرورة تنفيذ إستراتيجية موسعة للحماية من الإعاقة، وإعادة التأهيل.

واعتمدت هذه الإستراتيجية على ثلاثة عناصر أساسية هي:

1 الوقاية الفعالة من اعتلالات الأطفال، وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للمحد من الاضطرابات الناشئة عن سوء التغذية في ليتاميين (أ) واليهود، والمفاد للتدبير اللازم للمحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.

2 الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للمحد من آثار المرض.

3 الاعتماد على العائلة والمجتمع كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.

ونؤكد هذه المقترحات أيضاً على ضرورة وضع إجراءات أفضل لتبصرة ورصد حالات الولادة قبل الولادة وتكثفها ومعالجتها ويمكن لوحات العناية الأولية وغيرها من هياكل الخدمات الصحية والمجتمعية أن تلعب دوراً فعالاً في هذا الخصوص. ولا تقتصر تلك الخدمة على توفير التغذية، والتطعيم، والخدمات الصحية المختلفة، بل تصل إلى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو اضطرابات انفعالية. وتستجيب فوجيات اليوسكو (1989م) لخدمة في المأمور نفسه مع تلك الاقتراحات، حيث أشارت إلى أن الشكل الأول من التدخل التربوي يمكن في بوجه تلك الخدمات أولاً والتربية الموجهة نحو الوقاية من حالات الإعاقة ثانياً. فقد أصبح من المعروف أن كثيراً من العسر أو الإعاقات أو الإصابات يمكن تجنبها أو تخفيفها إلى حد كبير إذا كانت الأسرة المتعدية تتابع بدرجة كافية من الوعي بالإجراءات الصحية المتصورة عليها وسبل الاستفادة منها وكذلك يمكن الوقاية من كثير من حالات المعوق الناتجة عن حوادث العمل والمرض في حال تنفيذ التعليمات الإدارية والفنية، ويسهل الوعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة.

الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

وفي ضوء ما سبق، فإنه يمكن اقتراح عدد من الأسس والمبادئ والمعاصر الأساسية في التدخل المبكر على نحو يشمل كلاً من مرحلة الخدمات الوقائية ومرحلة التشخيصية ومرحلة العلاجية والتربوية وأية اعتبارات أخرى لاحقة.

أولاً، مرحلة الوقاية

لقد اختلفت النظرة الحديثة للوقاية عما كانت عليه سابقاً، لحسب المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1970) فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تجدد من احتمال حدوث الإصابة، بل أصبحت تشمل على إجراءات تهدف إلى منع تطور الحالة إلى مرحلة من العجز والإعاقة، وكما أشار الفريوني (1990) في عرضه لمفهوم الوقاية وقد تصريف منظمة الصحة العالمية لعدم 1976م، فإنه يقصد بها مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة ومنظمة التي تهدف إلى الحماية دون/ أو الإقلال من حدوث الخطر أو التصور المؤدي إلى عجز في الوظائف البيولوجية أو البيوكولوجية. وكفكفك الحد من الآثار السلبية للتربية على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التعامل المتحر والبناء مع بيئته ومجتمعه، وذلك بأقل حرج ممكنة من الخسائر. إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات المتاحة بشكل يسمح للفرد بالاقتراب ما أمكن من حياة العاديين. وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

ثانياً، مرحلة التشخيص

ياعد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته التدخل المبكر، وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة. ويسمى التشخيص الملائم باتخاذ القرار والإجراءات القانونية المتعلقة بوصف الحالة وتحديد المكان التربوي المناسب عندما تبنت حاجتها لتلقي مثل تلك الخدمات. ونظراً لخطورة التشخيص وأهميته في نفس الوقت، فقد حددت معايير وعطوفته وإجراءاته من أجل عدد كبير من المراجع العلمية والدراسات والأبحاث المتخصصة. ويمكن تلخيص معايير

التشخيص وإجراءاته وفق مراحله المتوقعة، وعلى الأخص عند الكشف عن حالات وتحديد ما وكذلك عند تشخيصها. ويعتبر الكشف عن الحالات التي تستدعي التدخل المبكر في مقدمة إجراءات التشخيص وأول خطوات العملية نحو تحديد وتحريش الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التشخيص والمعالجة المناسبة. وتهدف هذه العملية إلى تشجيع المختصين من تربويين وأطباء وأخصائيين اجتماعيين على القيام بمراجعة وتدقيق جميع حالات الأطفال التي تراجعهم، ودراسة جميع الجوانب الصحية والنمائية لأطفالهم وكذلك ظروف الطفل وبيئته الاجتماعية بشكل يسمح بتحويله من استدعي حالته إلى تلقي خدمات تشخيصية وعلاجية مبكرة.

وعالماً بما يتم الكشف عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسدية وصحية والحمية من طرفين الأطباء ومن خلال إجراء بعض الفحوصات المعبرية أو تطبيق الاختبارات النفسية والقيمية في بعض الأحيان. وما إن الإصابة أو الإعاقة تكون قد حدثت بالفعل، فإن أهمية كشف هذه الحالات يكمن في التحويل والجهة التي سيتم التحويل إليها بالفعل لتلقي الخدمات التنموية والعلاجية اللازمة لما الأطفال لأكثر عرضة للإصابة فهم لا يتقنون من اضطرابات ظاهرة، لكن تفرغهم الطبي والتربوي يستدعي مربيهم ومطبعة حالاتهم ويعتبر البعض منهم أكثر عرضة للإصابة من الناحية الصحية أو البيولوجية، ولذلك يقع على عاتق الأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة مسؤولية توفير الخدمات الإرشادية والتوجيهية المناسبة لأسر هذه الحالات من مثل متابعة الطبيب وإمكانية الوصول إلى برامج المسح والتقييم الشامل للأطفال. أما البعض الآخر فهم أكثر عرضة من الناحية الاجتماعية والبيئية، وبمكس الوصول إلى الخدمات التي تؤكد وجود هذه الحالات من خلال الاستشارة بالخبر أو الأصدقاء أو الجمعيات الخيرية. ولتلب مؤسسات الخدمات الاجتماعية المتواجدة في البيئة المحلية دوراً بارزاً في خدمات التحويل وتقديم المشورة اللازمة في مثل هذه الحالات.

ثالثاً، مرحلة المتابعة والتقييم للخدمات

ثاني هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية المتخصصة ويمكن تنفيذ هذه البرامج حسب المفهوم التربوي من قبل مدرسي التربية الخاصة، وذلك وفق خطة تربوية علاجية تلبي الحاجات الفردية لكل حالة ولا تقتصر هذه الخطة على

المهارات التربوية وإنما يجب أن تشتمل على المهارات الأخرى الضرورية لكل حالة مثل خدمات أخصائي النطق أو العلاج الطبيعي أو الخدمات الطبية وعلمه، فإن تصميم هذه الخطة وتنفيذها يتطلب الإلمام بمختلف التخصصات والخبرات التي تستخدمها طبيعة الحالة. وقبل تحديد البرامج الثلاثة، فإنه يلزم تحديد المهام التي يستطيع الطفل إلتقانها، فعلى سبيل المثال، فإن معلومات التشخيص العامة الواردة في تقرير التشخيص لا تعتبر كافية بالنسبة للمدرس عندما يرغب في تصميم الخطة التربوية والعلاجية، مما يستدعي إجراء تقييم تربوي شامل يحدد مستوى الأداء الحالي للطفل، ويسهم بالتالي في تطوير الخطة الفردية وفق ذلك المستوى.

ويحذر مسئولية إجراء هذا النوع من التقييم من مسؤوليات المختصين المدربين مبالغ من عانتهم لاحقاً بتبذد برامج الطفل، مثل معلم الفصل وأخصائي الخدمات المساندة، مثل (معالج النطق، المعالج النفسي، أخصائي الإحرف الحركي، إلخ) هذا، ويجب أن يضمن التقييم التربوي على حالة الطفل النفسية ومعرفة مهاراته في كل من النعم الحركي.

المهارات الذهنية

مهارات الحياة بالوقت

- النمر المعرفي
- النمو الاجتماعي
- مهارات ما قبل المدرسة
- المهارات، مهارات اليومية

ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة الفردية.

وأخيراً فإن توفير مراكز الأمومة والطفولة، وتحسين دورها يعتبر عنصراً مهماً في تعزيز مرحلة المعالجة وتطوير الخدمات الوقائية ولا يقتصر دور هذه المراكز على إجراءات الوقاية، بل يشتمل على خدمات الرعاية الصحية الأولية لهذا (السرطاوي والمصاوي، 1998: 22 - 23).

الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والعصبية

مقدمة

ما هي الإعاقات الجسمية والعصبية (تعريفها) ؟

شروع الإعاقات الجسمية والعصبية

تصنيف الإعاقات الجسمية والعصبية

إصابات الجهاز العصبي المركزي

إصابات الجهاز التنفسي

إصابات العضلات

الإصابات العصبية

الزمن والتأهيل: الإعاقات الجسمية والعصبية

التدخلات التأهيلية للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والعصبية

البرامج التأهيلية للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والعصبية

برامج التأهيل للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والعصبية

تأهيل البركة كالتأهيل للأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والعصبية

الفصل الثاني

الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

مقدمة

تعتبر إعاقة الجسمية والصحية مشكلة في النظام الأول، إضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها على الفرد الموق أكبر من حجم الإصابة نفسها، خاصة إذا حدثت الإعاقة في مراحل عمرية متأخرة قبل حدوث الإصابة بكون الفرد قد رسم لنفسه نهجاً وخطاً معيناً، وبملوثها يشعر الفرد بتسارة حصوله من أعضائه أو شئ في أحد أطرافه أو جميعها، فتأثر حركته وتقله وبولونه قد يجعله يشعر بالنقص والاختلاف من أقرانه العاديين. وترداد هذه المشاعر لديه عند شعوره بالألم من جراء الإصابة أو حاجته لدخول المستشفى لفترة طويلة أو مراجعته الطبيب باستمرار أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في حركته وتقله أو أنه مهدد بالحرمان والموت في أي وقت ومن الطبيعي أن تحول الإعاقات الجسمية والصحية الشديدة من حصول الطفل المدرسة أو الأنشطة والمناسبات الاجتماعية إلى الحد الذي يستلزم تقديم الخدمات والبرامج الخاصة بالطفل في البيت أو المستشفى (Hallahan Howard & Orlansky, 1968) & Kuffman, 1999).

ما هي الإعاقات الجسمية والصحية (تعرّفها)؟

الموقين جسمياً وصحياً هم تلك الفئة من الأفراد الذين يشكل لديهم عائق جرميهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم حضورهم للمدرسة مثلاً أو أنه لا يمكنهم من التمتع إلى الحد الذي يستلزم توفير خدمات تربوية وطفوية ونفسية خاصة. ويقصد بالمعنى هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تعيق الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية (Patterson et al., 1996).

شروع الإعاقات الجسمية والصحية

يشكل عام فإن نسبة شروع هذه الإعاقات تعتبر محدودة مقارنة بعدد السكان، إذ تبلغ حوالي (0.003-0.005). وتجدر الإشارة هنا أنه على الرغم من التقدم الطبي والطبي وإسهامه في الوقاية ومعالجة العديد من هذه الإصابات إلا أن نسبة هذه الفئة قد زادت في الآونة الأخيرة بسبب تحسني وسائل التصرف والكشف عليها ووعي الأسر في البحث عن الخدمات المتاحة لها. وبذلك فإن التقدم الطبي والتقني لم يخلص من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة، حيث أن استخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحياناً إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم أنه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة فإن نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات والتي تعتبر حالات شديدة ميؤوس منها قد قلت بما زاد من نسبة المعوقين جسدياً وصحياً وقد زاد هذا الوضع من الأعباء القروضة على مختلف التخصصات التربوية والطبية، مما ساند كالمعالج الطبيعي والمهني الخ ولا تعني هذه المناقشة بأي حال من الأحوال تقبل أو إلغاء دور المجال الطبي والتقني في الحد من حدوث هذه الإعاقات والتخفيف من الآثار القروية عليها. ويمكن تلخيص دور هذه المجالات أيضاً بصيغ العوامل الأخرى التي قد تؤدي إلى حدوث هذه الإعاقات من مثل الحوادث بمختلف أشكالها وعوامل سوء التغذية (الغريوني وآخرون، 2001).

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية

تعتبر فئات الأفراد المعاقين جسدياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسدياً وصحياً، وعلى أية حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقات الجسمية والصحية حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المتأثرة على النحو الآتي:

أولاً: إصابات الجهاز العصبي المركزي (Neurological Impairments)

- الشلل الدماغي (Cerebral Palsy).
- الشلل الشوكي أو الصلب القطني (Spinal Bifida).
- إصابة الحبل الشوكي (Spinal Cord Injury).

- الصرع (Epilepsy).
- امتلاء الدماغ (Hydrocephaly).
- شلل الأطفال (Polio).
- تصبب الأنسجة العصبية (Multiple Sclerosis).
- ثانياً: إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments):
- تشوه ويتر الأطراف (Amputation).
- تشوه القدم (Club Foot).
- التهاب الركبة (Legg-Perthes Disease).
- عدم اكتمال نمو العظام (Osteogenesis Imperfecta).
- التهاب العظام (Osteoarthritis).
- الخلع الوركي الولادي (Congenital Dislocation of Hips).
- التهاب المفاصل (Arthritis).
- التهاب المفاصل الرثياني (Rheumatoid Arthritis).
- شق الحلق والشفة (Cleft and Lip Palate).
- ميلان وانحراف العمود الفقري (Scoliosis).
- ثالثاً: إصابات العضلات (Muscular Impairments):
- ضمور العضلات (Muscular Dystrophy).
- الحثل وضمور عضلات النخاع الشوكي (Spinal Muscular Atrophy).
- رابعاً: الإصابات الصحية (Health Impairments):
- لأزمة الصدرية أو الربو (Asthma).
- التهاب الكبد الالتهابي أو الحويصلي (Cystic Fibrosis).
- إصابات القلب (Heart Diseases).
- متلازمة داون (Down's Syndrome).

أولاً، إصابات الجهاز العصبي المركزي (Neurological Impairments)

لقد أشار هالاهان وكوفمان (Halahan & Koffman, 1991) إلى تعدد الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي، بحيث تشمل الانتهاكات الشوكية ونقص الأكسجين وتسمم والتشوهات الخلقية من مثل الشق الشوكي، والصدمات والتكدمات الناتجة عن الحوادث. عموماً فإنه يصعب التعرف على السبب الحقيقي للإصابة، وعلى الرغم من ذلك فإن الأثر المترتب على الإصابة يبدو واضحة وذات تأثير مباشر على المهارات الحركية للجسم والأطراف. بعض هذه الإصابات بسيطة والأخرى حركية بحيث تصبح معها الإعاقة مردوجة أو متعددة بشكل يؤثر على القدرات العقلية أو السمعية أو البصرية، أو الصحية أو مهارات التواصل النطقي، أو أنها تؤدي إلى اضطرابات انفعالية أو صحويات في تركيز الانتباه. انغ (القمش والمعاينة، 2010: 144)

ومما يلي توضيح للإصابات التي تتراوح تحت ما يطلق عليه إصابات الجهاز العصبي المركزي.

• الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)

يطلق مصطلح الشلل الدماغي على الاضطرابات انفعالية أو العصبية هي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة. تنجم هذه الاضطرابات عن غيب أو تلف في الدماغ وتؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والتشكلات الحركية والجسمية والعصبية التي تظهر على شكل تشنج أو توتر في الحركة والأوضاع الجسمية وب يصحبها من التشوهات في الأطراف. أو أنها تكون مصحوبة بشلل وعدم توازن حركي وكذلك الاضطرابات عقلية أو نوبات الصرع التي قد تصل إلى (60%) من الحالات، أو صعوبات في النطق وعدم تماسك الكلام والتي تصل إلى (15-20%) من الحالات أو ضعف في بعض أجهزة الحسية كالسمع والبصر (Biggs, 1986).

ولا يعتبر الشلل الدماغي إصابة وراثية بل مشتتة بعض الحالات انسانية. وهو ليس مرضاً معدياً أو معطوفاً بمعنى أن الحالة لا تزدهر سوماً بمرور الوقت

أما نسبة الإصابة بالشلل الدماغي في المجتمع فتتراوح بين (0.002 - 0.005)

مظاهر الشلل الدماغي

لشلل الدماغي مظاهر خاصة تميزه عن غيره من الإعاقات، وقد ذكر كل من بيلك وناجل (Bels & Nagel, 1982) المظاهر المنتشرة لأنواع الشلل الدماغي وهذه المظاهر هي:

- الشلل الحركي (Motor Paralysis).
 - الضعف الحركي (Motor Weakness).
 - ضعف التآزر الحركي (Motor Incoordination).
 - اضطراب الحركي (Motor Dysfunction) كالحركات غير الإرادية (Athetosis).
- (Bels & Nagel, 1982).

أنواع الشلل الدماغي

التصنيف الأول: التصنيف حسب المظهر الخارجي (وفق الطرق التقليدية)

ويصنف (القفس والمباينة، 2010) وفقاً إلى جلّهان وكرفمان (Hallahan & Kaufman, 1982) شلل الدماغي إلى أنواع بحسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي، ومنها:

1. الشلل النصفي الطولي (Hemiplegia): وتتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم وتمثل حوالي (40٪) من الحالات.
2. الشلل النصفي العرضي (Diplegia): وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.
3. شلل الأطراف (Quadriplegia): وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.
4. الشلل النصفي السفلي (Paraplegia): وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من أطراف الجسم وتمثل حوالي (10-20٪) من الحالات.

5. شلل طرف واحد (Hemiplegia): وتقتل هذه الحالات شلل طرف واحد من أطراف الجسم وهي من الحالات الشائعة.
6. شلل ثلاثة أطراف (Triplegia): وتقتل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم.
7. الشلل الكلي (Double Hemiplegia): وتقتل هذه الحالة نصفي الجسم معاً (Hallen & Kauffman, 1991).

التصنيف الثاني: التصنيف حسب نمط الإصابة وطبيعتها، وينقسم إلى أربعة أقسام.

- 1 الشلل التشنجي (Spastic): تشكل هذه الإصابة إحدى حالات الشلل الدماغي الشديدة وأكثرها انتشاراً حيث تصل بها على حوالي (70%) من مجرى حالات الشلل الدماغي. ويمرّز معظم حالات هذه الإصابة إلى الولادة المبكرة (حوالي 78%). أما سبب الإصابة فيعود على التلف الذي يحدث في مركز حركة بالقرشرة الدماغية مما يؤدي أحياناً إلى إصابة الأجهزة الحسية كالسمع والبصر والنطق من الناحية الحركية، تصف هذه الإصابة بالبالغة في استجابته لأطراف وتشجعها وزيادة التوتر العضلي على نحو متكرر وغني إرادي، وأخيراً يسهل وتصلبها. فعندما يحاول الشخص المصاب تحريك أطرافه فيتحرك تشنج وتزحف بقوة وبسرعة عالية وبصورة لا إرادية وفيه متاسقة الأمر الذي يؤدي إلى تحسب استخدام هذه الأطراف وعدم قدرة المصاب على توجيهها بعناية وبالتالي معدها وانقباضها، مما يؤدي إلى حدوث تشوهات في مختلف أنحاء الجسم وفق نمط الإصابة ومرورها يصاحب هذه الحالة الإصابة بالصرع حيث تصل نسبتهم إلى أكثر من (50%) (Bigge, 1986) (القريني وآخرون، 2001).
- 2 الشلل اللاإرادي أو التشنجي (Atetose): ينتج هذا النوع من الشلل عن إصابة الدماغ لأوسط ولقدرة نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل حوالي (25%) من حالات الشلل الدماغي.

يصدر عن المصاب بهذا النوع من الشلل حركات لا إرادية بصورة مستمرة، ولقد تكون الحركات بطيئة وملتوية أو سريعة مفاجئة تحدث في فسي ففطن أو يديه أو

درعية أو عضلات وجهه. وعمل الرأس إلى الوراء ويكون العم عمودياً يخرج منه سداد مما يسمح بسلان اللعاب بشكل واضح.

كما أن قدرة الشخص المصاب بهذا النوع من الشلل على الكلام تكون ضعيفة وكلامه غير واضح وغير مفهوم وذلك بسبب عدم التحكم بالعضلات المسؤولة عن الكلام.

3. الشلل غير التوازني أو العضلي (Ataxia): ينتج هذا النوع من الشلل من إصابة المخيخ، وهو الجزء المسؤول عن التوازن والتناسق الحركي وإحسي، تصل نسبة الإصابة حوالي (20-30٪) من حالات الشلل الدماغي.

وتشير هذه النوع من الشلل إلى المصاب به عشي طريقة خبر متوازنة بالإصابة إلى انخفاض في مستوى الشد العضلي مصحوباً بضعف في التوازن، وانعاش في اليدين، وعدم تناسق الحركات، وعدم القدرة على التحكم بوضع الجسم ولخطأ متكرر في تقدير المسافات وإدراك العمق وصعوبة الجلوس والوقوف وانسي في يؤدي إلى سقوطه على الأرض. وبسبب الرقة في الحفاظ على التوازن يحاول الطفل لمصابه مديديه إلى الأمام ولجأه سابقه عن بعضها البعض (Blech & Nagel, 1982).

4 الشلل التشنجي (Spasticity): ويتر من أكثر حالات الشلل العضلي شدة بحيث يكون معها جسم المصاب في حالة تصلب وتشنج وتوتر دائم مما يحول دون حركته وحريته في التنقل تصف هذه الإصابة بالاعتماد الحركات الإرادية وزيادة شديدة جداً في مستوى التوتر العضلي مما يؤدي إلى تشنج الأطراف ونسيها وبالتالي انقباضها ومقاومتها للحركة وحدثت نشوهات شديدة، وقد يصاحب هذا النوع من الشلل بعض الإعاقات مثل الإعاقة الحسية (الشم واللمسة)، (2010)

5. الشلل التكملي المتعدد (Mild): وفيه يظهر لدى الشخص المصاب أعراضه لأكثر من نوع واحد من أنواع الشلل الدماغي. فقد يعاني الشخص من أحدها

شلل دماغي تشنجي وشلل التراقي معاً، أو شلل تشنجي وحيد نوازي معاً
(Bergge, 1986).

5. الشق الشوكي أو الصلب المقترح (Spleen Bursa): هو عبارة عن تشوهات خلقية تحدث عندما لا ينمو الحبل الشوكي أو تتحد أجزأؤه بشكل سليم في الأسابيع الأولى من حياة الجنين. هذا، وبمكس أن تكون الإصابة بسيطة أو متوسطة أو شديدة. يحدث الشق الشوكي نتيجة عدم الانحام أو انشلال بعضي القوس الفقرية، وبناء عليه، فإن الإصابة قد تحدث في لول أو في نهاية العمود الفقري حيث يتلف الحبل الشوكي مما يسبب عطلاً في الأعصاب السلوكية، وبالتالي الشلل الذي يلحق بأطراف الجسم.

إن الأميات المباشرة للشق الشوكي أو الصلب غير معروفة، إلا أن هناك بعض الأدمة التي تؤكد أن إصابة الأم للحمل بالالتهابات والأمراض وتسمم حاد، بالإضافة إلى أية عوامل تؤثر على الجنين، وتعتبر من أسباب الإصابة بالشق الشوكي أو الصلب المقترح. هذا، وبمكس الشق بالإصابة وكشفها قبل الولادة من طريق إجراء محوس من عبره لتسائل الأمني المحيط بالجنين (Rowley & Reigel, 1993).

أما نسبة شيوخ الإصابة بهذه الحالة فلها قد تصل إلى حوالي (0.004) وأنها تحدث عند الإناث أكثر من الذكور.

هذا ويمكن تصنيف الإصابة حسب شلتها إلى ثلاثة أقسام:

1. الشق الشوكي البسيط (Occulta): وهو أكثر الحالات شيوعاً، وفيه لا تحدث تشوهات أو تشقق في الحبل الشوكي، وبالتالي لا يؤدي إلى إعاقة الجهاز العصبي. ولا يوجد دلائل واضحة على الإصابة فيما عدا بروز كتلة من الشعر في مكان الإصابة.

2. الشق الشوكي المتوسط (Menigeocele): يحدث عندما تكون الفتحة أو الشق في العمود الفقري كبيراً بحيث يسمح للأنشاء الذي ينطوي الحبل الشوكي بالبدلن خارج حده الفتحة حيث يقوم بملفح الجلد وتكوين كيس أو أنساج في المنطقة المصابة (Eitelbaum & Kauffman, 1991).

3. الشق الشوكي الشديد (Myelomeningocele): ويحدث هذا النوع من الشق الشوكي نتيجة وجود فتحة كبيرة تسمح للسائل الشوكي والأغصان بها بالتدفق إلى الخارج على هيئة كيس، مما يؤدي إلى الشلل في الجزء السفلي من الإصابة وتعطيل الإحساس لدى المصاب.

يمتصاحب هذا النوع من الشق الشوكي مضاعفات في البول والبراز مما ينتج عنه القهقهات، خاصة في المسالك البولية، وقد يصاحبها في معظم الأحيان استسقاء في الدماغ. رسمته زائدا ولديج نسبة حدوث هذه الحالات الشديدة حوالي (0.0002) (Bigge, 1986, Meck & Nagel, 1982).

إصابات الحبل الشوكي (Spinal Cord Injury)

من المعروف أن الحبل الشوكي يحتوي على عدد كبير جداً يصل إلى ملايين الخلايا والشعيرات العصبية الدقيقة، والتي تعمل على نقل المعلومات من وإلى الدماغ، والتي يقوم بدوره بتحليل هذه المعلومات ويرسل أوامره عن طريق الحبل الشوكي أيضاً إلى العضلات والأجهزة الحركية للاستجابة بشكل مناسب. فإذا تعرض الحبل الشوكي لإصابة ما فإن شدتها تعتمد على مدى العطل أو الخلل الذي يطرأ على الحبل الشوكي. ففي حالات الإصابة الشديدة مثلاً يلحق الشلل بالأغصان العصبية التي تقع أسفل الإصابة، ويصاحب ذلك أيضاً فقدان الإحساس وعدم ضبط التبول أو الإخراج وعدم ضبط حركات الأطراف. أما إذا كانت الإصابة محدودة على شكل تورم أو التهاب الأنسجة العصبية والخلل الذي يطرأ على الحبل الشوكي، فإن أثرها يكون بسيطاً وقد لا يؤدي إلى حدوث أي نوع من أنواع الشلل ويصبح منه علاج الإصابة وشفاؤها ممكناً. وفي حالات الشلل الناتج عن تلف الأعصاب الشوكية، فإن الإصابة قد تكون رباعية بحيث تؤثر على الأطراف العلوية والسفلية معاً أو ثلاثية بحيث تؤثر على أحد الأطراف العلوية والسفلية معاً (الغريوني وآخرون، 2001).

• الصرع (Epilepsy)

إن الصرع عبارة عن عارض ناجم عن إطلاق مؤفّت ومفرط للحركة العصبية في الدماغ والناتجة عن أسباب من داخل الرأس وخارجه. تحدث البؤية الصرعية

بسبب الريادة غير العادية في الحركة الكهربائية للدماغ مما يصحب معه السيطرة على وظائف الدماغ وما ينتج من ذلك من نشاط كهربائي قوي يؤدي إلى خلل وظيفي مؤقت في الدماغ، وهذا الخلل يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية وعقلية وإدراكية نتيجة للاضطراب الوظيفي الحاصل في الدماغ.

أعراض الصرع

تبدو مظاهر هذه الحالة في عدد من الأعراض المفاجئة غير الإرادية التي تظهر على الفرد مثل:

- 1 شعوب الوجه
- 2 اختلاف توازن الجسم.
- 3 التمرج على الأرض.
- 4 الارتعاش
- 5 تصدب الجسم
- 6 خروج الرغوة من الفم
- 7 صموية التفتش
- 8 صموية ضبط عملية التبول.
- 9 النوم العميق في نهاية التوبة.

أسباب الصرع

فيما يلي عرض لأهم الأسباب التي تؤدي إلى الصرع

- 1 العوامل الوراثية.
- 2 إصابات العضوية في الدماغ
- 3 مضاعفات العمليات الجراحية في الدماغ
- 4 التهابات الدماغ والتهاب السحايا.
- 5 لأورام الدماغية.

6. الحُمى أو ارتفاع الحرارة لدى الأطفال الصغار

7. توسع الدماغ أو ما يعرف بالهشاشة الدماغية.

8. تناول الأدوية والمخدرات.

9. اضطرابات التمثيل الغذائي

10. الأمراض العصبية التي تصيب الدماغ.

أنواع الصرع

أ. نوبة الصرع الكبرى (Grand Mal): تتميز بنوبة للصرع الكبرى من أحد حالات الصرع عنفاً وفسوة على الشخص المصاب وتصف هذه الإصابة بما يلي:

أ. يفقد الفرد لياها وعيه وإحساسه من حوله فيصرخ أولاً ويحتمل هببه ثم يفقد توازنه ويقع على الأرض.

ب. تضرب فيها جميع وظائف الفرد المصاب بحيث تكون العضلات مجسما في حالة اضطراب وحركة ذلقة وقنطار وهي وظهور حركات لاإرادية عبر متسقة وتشتت عضلات الأطراف والجذع والمفاصل.

ج. فقدان التحكم في البول والإخراج.

د. يستغرق في المدة من (2-5) دقائق. وبعد استعادة الوعي يبدو لاضطراب والتعب واضحاً على المصاب ثم تعود العضلات والمفاصل وترتخي ويستمر بعدها في نوم عميق قد يستمر لساعات طويلة وذلك بسبب لإجهاد الكبير الذي يعاني منه المصاب.

هـ. سبق حدوث نوبة الصرع الكبرى ما يسمى بالتطير (Aura) وهو عبارة عن إحساس غريب يتأب المصاب ويظهر على هيئة الشد أو العبور أو الرعدة المبرزة التي تصل الفرد عن طريق حواسه المختلفة، أو عن طريق شعوره الداخلي. فإذا حدث مثل هذا الإحساس الغريب لأن المصاب قد يستطيع في لحظات بسيطة أن يفل نفسه إلى مكان آمن، كإن يتوقف عن قيادة سيارته مثلاً أو يبعد عن الأماكن المرتفعة.

و الم الرأس والرقبة والجفح وصعوبة التنفس، وتعرض مستمر، (Howard & Orlansky, 1988)

2. نوبة الصرع الحلقية (Pott's Mel): تتميز هذه الإصابة بما يلي.

- أ. تصيب الأطفال عادة بين سن (3-10) سنوات، يصاب فيها الوعي، وقد تستغرق فترة بسيطة جداً حوالي (5-10) ثواني، ولذلك من الصعب جداً التعرف عليها ورصدها بدقة كما هي الحال في نوبة الصرع الكبرى.
- ب. من المحتمل أن تحدث مرات كثيرة في اليوم الواحد.
- ج. تختلف في العادة قبل مرحلة المراهقة.
- د. توفى معظم من العمل، عذبان واستمروا سرقة بعض معين أو الحيلة.
- هـ. لا يسبقها التحليل.

3. النوبة النفس حركية (Psychomotor Fit): تتميز هذه الحالة بما يلي

- أ. غير معهومة تماماً بحيث يتبرها بعض نوعاً من الصرع الجزئي.
 - ب. عدم فقدان الوعي بحيث يبقى الشخص المصاب واعياً لما حوله.
 - ج. لقيام ببعض السلوكات غير المناسبة مثل تلطم الشفاه أو الفم.
 - د. مصيرة الأمد قد تصل إلى بضع ثوان فقط وتبعها فقدان الذاكرة.
 - هـ. مصدر عن تشخص المصاب كلام يذكّر وقد يؤدي قسمة أو من حوله.
- (الفريوني، وأغرون، 2001).

علاج الصرع

مع أن علاج الصرع الأساسي هو باستخدام الأدوية والطاثير الطبية، إلا أنه يجب أن لا يقتصر على ذلك وإنما يجب أن يشمل جميع جوانب حياة الشخص المصاب بالصرع كالجانب التربوي والأسري والنفس والاجتماعي. كذلك يجب أن لا يقتصر علاج الصرع على التعامل مع الفرد المصاب ومحاولة ضبط نوبات الصرع لديه، وإنما يجب أن يشمل التدخل العلاجي أيضاً جميع الأطراف الذين يتعاملون مع الفرد

لصاحب والعمل على توعية الناس المحيطين به بنوعية الصرع وأسبابها وكيفية التعامل معها

ولهما يلي بعض الإرشادات الواجب اتقياها بها مساعدة مريض الصرع أثناء حدوث النوبة:

أ. يجب التأكد من وصول الأوكسجين إلى المريض وأن مجاريه التنفسية متفرجة وتسمح بمرور الهواء إليه.

ب. يجب تجنب فتح المنم إذا كان مغلقا.

ج. يجب وضع أشياء بين الأسنان إن أمكن من أجل عدم إيذاء المريض لسانه

د. يجب وضع جسم المريض بشكل جاتي لكي يزول اللعاب والزبد ولا يدخل إلى الرئتين في حالة سقم المريض على ظهوره.

هـ. يجب إبعاد الأشياء التي قد تؤذي المريض أثناء النوبة خاصة في مرحلة الانعراوت.

و. يجب ترك المريض حتى تسهي النوبة بدون تدخل. وقد يشعر المريض بعدها بحاجة إلى النوم فيجب التكد حينها من أنه يتنفس بشكل طبيعي أثناء النوم.

ز. وأخيرا استخدام الطبيب إذا كانت النوبة طويلة أو تواتر متواصلة (Dreetsbasch, 1982).

• استسقاء الدماغ (Hydrocephalus)

يرتبط استسقاء الدماغ بحالات الإصابة الشديدة من الشق الطوكي ويحدث استسقاء الدماغ عندما يتحصر ويحجز السائل الذي داخل لمجاويف الدماغ، ويؤدي احتجاز السائل إلى كبر الحجمة وزيادة الضغط التدرجي على خلايا الدماغ مما يؤدي إلى إنلالها وحدوث عدة إحاقات منها التخلل الحلي، والتشلل، والإعاقة السمعية والبصرية، وتعتمد شدة الإصابة وتعقمها على مقدار الضغط الذي يتركه السائل على خلايا الدماغ وكذلك على منطقة الإصابة. وتزداد الإصابة سوءاً بمرور الوقت خاصة إذا لم تتم معالجتها في مراحلها الأولية. ويشكل علاج هذه الصعوبات التي تصاحب الإصابة باستسقاء الدماغ تكون على النحو التالي:

مشكلات نموية متعلقة في الفهم والاستيعاب.

- صعوبات في التآزر والتناسق البصري- الحركي.

- صعوبات حسية كالإحساسات السمية والبصرية . الخ

- صعوبات لغوية حيث تكون لغواتهم على النقيض الصحيح محدود. (Black & Nagel, 1982).

• شلل الأطفال (Polio)

يحدث شلل الأطفال نتيجة فيروس يصيب أنسجة الخلايا العصبية الحركية في النخاع الشوكي، وهو مرض معدٍ يصيب الأطفال من طريق جهاز هضمي والجهاز التنفسي (البلوثير، 2000).

ومع أن شلل الأطفال يصيب الأطفال قبل سن الخامسة من العمر، إلا أن الإصابة به يمكن أن تحدث لكافة المراحل العمرية إلا أن انتشارها يكون أكثر وناتجها بالغ في حالة الأطفال الصغار.

نتيجة للتقدم الطبي وقومي الصحي واكتشاف الأمصال والمطاعيم فإن انتشار هذا المرض قد انخفض عما كان عليه عند اكتشافه.

ربما أن الإصابة تحدث للأعصاب المسؤولة عن الحركة لأنه يتوقع أن تكون القدرات العقلية والقدرة والسمية والبصرية لدى الشخص المصاب عادية وبدلت يمكن استيفاده لمصاب من البرامج المتبعة للأطفال العاديين في المدارس العادية.

أعراض شلل الأطفال

يصاب الطفل في حالة شلل الأطفال بأعراض مشابهة لأعراض الأنفلونزا، مصحوبة بالحمى وآلام في الظهر والرقبة وصفاً وفيء وإسهال، ثم يعاني الطفل من ارتفاع مفاجئ في درجة الحرارة تغطي بالتدرج خلال ثلاثة أيام ثم فجأة تظهر أعراض الشلل على شكل آلام بالمضلات والإطراف. تنتقل الإصابة إلى النخاع الشوكي بعد مهاجمة الفيروس القناة العصبية وانتقاله إلى القندد الليمفاوية ثم إلى الدم، حيث يكون بإمكانه مهاجمة خلايا العصبية للنخاع الشوكي فتتورم وتنفذ تدريجاً على المصل ونصاب أيضاً بمجموعة الألياف العصبية للزوجة بهذه الأعصاب فتصبح مؤفة وتضمحل.

وتتمثل حيث يبدأ عندما الحجاب يهدم تحريك عضلاته وإيقاعها في وضع أقل إلاماً مما يجعلها تنكمش. (البروتي، وآخرون، 2001).

علاج شلل الأطفال

إن الهدف الرئيسي من علاج حالة شلل الأطفال تتمثل في التخلص من الآثار الناجمة عن هذا المرض، ولتجديدا يتضمن العلاج ما يلي.

- محاولة إعادة المريض للعيش باستقلالية مع المحافظة على الوظائف الحيوية اللازمة
- المحافظة على وضع جسدي سليم للمريض أثناء الجلوس أو النوم.
- معالجة بعض المضاعفات والآثار
- التركيز على العلاج الطبيعي. (Unobriet, 1993).
- حسب لأسس العصبية (Multiple Sclerosis).

تصلب الأمسجة العصبية مرض يصيب المراكز وكبار السن، وهو ممرض ويب تنحوراً مستمراً ودائماً للجهاز العصبي ويؤدي في النهاية إلى تصلب وتلف العقد النحاصي لبعض الأعصاب، يصعب التنبؤ بمسقبل المريض، فقد يعيش الفرد بصاب حياته العادية دون أي مشاكل، ولكن إذا كان حضوره إلى المدرسة أو مكان العمل صعباً يجب أن تطلق البرامج التربوية والتأهيلية الخاصة

بصاحب الإعاقة بهذه الحالة مشكلات حية متطحة، وخاصة البصيرة منها، إضافة إلى حالة الاضطرابات والصعوبات الأخرى من مثل ضعف العضلات والشلل النشجي والاضطرابات الانفعالية (Hollabaugh & Kauffman, 1991)

ثانياً، الإعاقات المتعلقة بالهيكل العظمي (Skeletal Impairments)

• تشوه وبتر الأطراف (Amputations)

إن تشوه وبتر الأطراف يشمل ما يلي.

1. غياب جزء من أحد الأطراف (Amelia).
2. غياب معظم أو جميع الأطراف (Hemimelia).
3. ضمير حجم أحد الأطراف بشكل واضح (Phocomelia).

تحدث إصابة تشوه وتر الأطراف بنسبة كبيرة في الأطراف العليا مقارنة بالأطراف السفلى

لما أهم الأسباب التي تؤدي إلى هذه الحالة هي:

- إصابة الأم لحامل بالحصة الأكتية.
- تعرض الأم للآفة.
- تعاطي الأم للمخدرات أو بعض الأدوية للمهدة.
- إصابة الأم بالتسمم بالمواد الكيميائية
- الحوادث والإصابات والحروق التي تؤدي إلى قطع وتر طرف من الأطراف
- هنا وتشمل علاج هذه الإصابة على حد من الأساليب أهمها:
- العمميات الجراحية.
- العقاقير الطبية
- استبدل الأطراف المصابة بأطراف صناعية.
- العلاج الطبي لتأهيل وإعادة تدريب وتأهيل الأطراف. (السرطاوي والصمادي، 1998)

• تشوه القدم (Club Foot)

يظهر هذه التشوهات نتيجة لانتهاكات التماثل والقدم، مما يؤدي إلى عدم توازن العضلات والنظام وبالتالي انحرافها إلى الداخل أو الخارج هذا ويعلب على هذه الإصابة لأسباب وراثية وتزداد الإصابة عند المذكور عنها لدى الإناث.

أما عن طرق علاج هذه الإصابة هي:

- العمميات الجراحية.
- الأدوية والعقاقير الطبية
- الجبائر والجبس
- الأجهزة مساعدة للمعققة المصابة

وهناك أشكال أخرى من المضطربات القدمية:

1. القدم المسطحة، وهو خروج كعب القدم للخارج عند المشي لكون نفس القدم على الجبهة المتدغلي الأوسط للقدم أي يصبح القدم مسطحة تماماً وماسحة
2. القدم الحلقاء: وهو تشوه خلقي للقدم يظهر منذ الولادة، حيث يلاحظ التورم في القدم وعظام الأصابع مع زيادة في التورم الطبيعي الموجود في قاع القدم. (البوانيز، 2000)

• التهاب النوراك (Legg-Perthesdisease)

تشح هذه الإصابة عن نقص كمية الدم اللازمة التي تصل إلى مراكز عظم الفخذ المتصلة بالخدع، وبما أن الدم يعتبر ضرورياً للنمو الطبيعي لنظام الجسم، صرن تشوه يزيد في حين ضعف مركز عظم الفخذ وموته تدريجياً مما يسمح بنمو لنظام جديد، سبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف على الإطلاق، أما نجاح علاجها فإنه يكمن في كشف الإصابة والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر أيضاً. ويقيد التدخل المبكر خلال مرحلة الإصابة الأولى في علاج الإصابة أولاً، وفي عملية المصاب من حدوث أية مضاعفات أخرى من مثل التهابات المفاصل.

• عدم اكتمال نمو العظام أو (العظام النشة) (Ontogenesis Leperfectia)

تتصف هذه للمرض بعدم اكتمال نمو للعظام بشكل طبيعي مما يؤدي إلى قصورها، وعدم اكتمال حجمها الطبيعي إضافة إلى أنها تصبح خشنة ولينة مما يجعلها قابلة للكسر جراء أية إصابة حتى لو كانت بسيطة. وحين حصول الكسر أو أية إصابة للأطراف فإنه يصعب جداً علاجها وعودتها إلى حالتها السابقة. وقد تؤدي الإصابة إلى الإعاقات السمية بسبب إصابة عظام الأذن الداخلية. بالنسبة لتشدرات العنقبة للمصابين بهذه الحالة فيلزمهم يتصورون تشدرات عظمية عادية (البرسولي وآخرون، 2001)

• التهاب العظام (Osteoarthritis)

تحدث هذه الإصابة عادة في المراحل المتوسطة أو المتأخرة من العمر، خاصة للأفراد الذين يعانون من إصابات الهيكل العظمي، وأمراض المفاصل، أو فقدان أحد

الأطراف، أو الورن المزلف أو من يتعرضون للحوادث المختلفة، كما أن حالات التهاب العظام عبارة عن مضاعفات شائعة جداً للإصابات والحروق وكذلك لدى الأشخاص الذين فقدوا الإحساس في أيديهم وأقدامهم ونظراً لأن الشخص المصاب لا يشعر بالألم فإنه غالباً ما لا يبرح المنطقة المصابة ولا ينظفها ولا يحميها، ونتيجة لذلك لأنها تصاب بالالتهابات وتزدحم الإصابات عمقا حتى تصل إلى العظم.

• خلع الورك الولادي

تحدث هذه الحالة عندما يكون عظم الفخذ في الورك خارج مفرجه بالأطفال حديثي الولادة، قد يحدث الخلع في أحد الجانبين أو يمكن أن يكون في الجانبين، وبسبب وجود هرمونات تسيب ارتقاء المفصل عند الإناث، فإن نسبة إصابة الإناث تفوق كثيراً نسبة إصابة الذكور. وإذا ما تم اكتشاف حالة خلع الورك الولادي في أشهر الأرب من العمر فإن الحالة تكون قعالة سيما في الأعمار المتقدمة يكون العلاج أكثر صعوبة وربما يحتاج إلى إجراء عملية جراحية.

أما عن أسباب حدوث خلع الورك الولادي فيمكن إتاحتها بما يلي:

تتبع العوامل الوراثية دور أساسي في هذه الحالة.

تعرض الأطراف السفلي للجبين أثناء الولادة للضغط الزائد.

نقص السائل الأمنيوسي له آثار واضحة على هذه الحالة.

• التهاب المفصل (Arthritis)

تحدث هذه الحالة نتيجة تلف العظام والأنسجة والأوعية الدموية المحيطة بالمفاصل وتلف الغضاريف والأعصاب، وتظهر على شكل تورم المفصل والأنسجة والتهابها، مما يؤدي إلى ألم مستمر وتيبس في الأطراف المصابة وبالتالي حدوث تشوهات جسدية وعملت دائمة.

أما عن طريقة علاج هذه الحالة فتتطلب ما يلي:

- إراحة المصاب وعدم قيامه بأعمال مجهدة.

- استخدام الجبس لتثبيت المفصل المصاب.

استخدام الأدوية والحقن الطبية.

- التدخل الجراحي للحالات الشديدة.

• التهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumatoid Arthritis)

يسبب هذا الالتهاب عادةً الأطفال الهانمير، وهو يصيب الإنث أكثر من الذكور. ويظهر سبب هذه الحالة غير معروف على الإطلاق، وفي هذه الحالة تحدث التهابات في المفاصل وأورام وغير ذلك، وإذا امتدت الإصابة إلى مفاصل الجسم المختلفة لموها تحد من قدرة الشخص على تأدية الوظائف المختلفة، وقد تلحق العضلات في اليدين لموها وتكونها على الحركة. وكذلك فإن الألم وتصلب قد يؤثر على تأدية الطالب للأنشطة المدرسية والقدرة على التحصيل المدرسي، لذلك لابد من فهم ذلك والعمل على مساعدة الطالب المصاب.

أما علاج هذه الحالة فيكاد يقتصر على مادة الأسبرين الذي يعتبر العلاج الوحيد لتخفيف من الألم للترية على الإصابة (البروليز، 2000: 65)

• شق الحلق والشفة (Cleft & Lip Palate)

إن إصابة شق الشفة في الخالب يكون ثانوياً يصاحبه إصابات رئيسية من مثل إصابة القلب أو تشوهات الوجه والأطراف. وتعتبر الوراثة عاملاً رئيسياً للإصابة بهذه الحالة، وتحدث حيناً لا يتم نمو أجزاء الوجه بشكل سليم في الأشهر الأولى من حياة الجنين. وقد لا تحدث الإصابة لشفة واحدة أو كليهما. وقد تكون الشفة صغيرة أو ممددة كلاً، وقد تصل شق الشفة إلى الحلق فتكون الإصابة في هذه الحالة مزدوجة بشق الشفة والحلق معاً.

ومن أبرز المشكلات المترية على الإصابة بشق الحلق والشفة صعوبة بلع الطعام، أو استناب الذي قد يؤدي إلى صعوبة في التنفس والاختناق، وكذلك مشكلات في النطق والكلام نتيجة إصابة الأنسجة الكونة للحنال الصوتية، بالإضافة إلى فقدان السمع في بعض الحالات عندما تصل إصابة شق الحلق إلى الأذن الوسطى. هذا وتبلغ نسبة الإصابة بهذه الحالة حوالي (0.005)

• ميلان والمخالف العمود الفقري (Scoliosis)

في هذه الإصابة تكون عظام الكتف في أحد الجانب أعلى من الجانب الآخر وكذلك يكون أحد عظام الفخذ أعلى من الجانب الآخر ومن الملمت ننظر أن هذه الإصابة لا تصحبها أية آلام ولكن المشكلة تكون عادة في المشي أو التنفس وكذلك في المظهر الخارجي للمصاب والمتمثل في تحجب الظهر أو انحرافه وميلانه

ويذكر ذكره أن معظم الأسباب المؤدية للإصابة غير معروفة، كما أن هذه الإصابة تكثر لدى الإناث من الذكور

أما البرنامج العلاجي لهذه الإصابة فيتمثل في:

1. تقليل حركة المصاب أكبر قدر ممكن.
2. استخدام أجهزة تصحيح الميلان.
3. اللجوء لعمليات الجراحية للحالات الشديدة (Biggs, 1982)

ثالثاً: إصابات العضلات (Muscular Impairments)

• ضمور والتخلل العضلات (Muscular Dystrophy)

وهو مرض يؤدي إلى تلف وضمور في جميع عضلات الجسم واستبدالها بأنسجة لحمية ناعمة. يظهر المرض على شكل تغيرات في حركة الطفل واستخدام أجرامه من القدم عند المشي، وتشر الطفل للصاب وكثرة وقوعه على الأرض ثم تحدث بعد ذلك أعراض تضخم وانتفاخ في العضلات، وحذوث تشوهات في القدم، وضعف عضلات الوجه السفلية وتشوهات في جميع الرقبة والهيكل العظمي. أما عن سبب الإصابة بهذه الحالة فهي غير معروفة تماماً وهي حالة تصيب الأطفال الذكور أكثر من الإناث، أم من طريقة العلاج فإنه يتم استخدام:

- العلاجات الطبية.
- العمليات الجراحية.
- العلاج الطبيعي.

• الحملان ونمور عضلات التخلع الشوكي (Spiral Muscular Atrophy)

نتج إصابة بهذا المرض عن تحلل ونفك الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع مما يؤدي إلى الوفاة المبكرة أو الإصابة القزمية. ويمكن أن تحدث الإصابة بسبب لأطفال بحيث تؤدي غالباً إلى الوفاة المبكرة أو أنها تصيب الأفراد في مراحل متأخرة من العمر. ويعتبر سبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف، إلا أن الوراثة تلعب دوراً رئيسياً حيث يحمل كل من الأب والأم خلاً في الجينات المتضحية أو السائدة. وتتلخص أعراض الإصابة فيما يلي:

- تأخر مسرع في نمو العضلات للركنية والظهرية بحيث تشبه في أعراضها الإصابة بنمور والحملان العضلات.

ضعف عضلات الكتف وما يتبع عنه من صعوبات في الجلوس والوقوف والشيء مما يؤدي إلى الوقوف المستمر وعدم التوازن وصعوبات في صعود الدرج أو بروله ضعف في عضلات الظهر والكتف التي تسبب صعوبات في القيام ببعض المهام الحياتية اليومية مثل تنشيط الشعر وغسل الوجه والحناء الظهر والاختصاص بمساو

صعوبات في الأحصاف الصحية أو الجمجمية وبالتالي صعوبات في البلع والتنفس والطق.

ويلاحظ من أعراض هذه الإصابة أنها تختلط مع أعراض العضلات الأخرى كإصابة نمور. والحملان العضلات، مما يؤدي إلى صعوبات كبيرة في تحديد كل حالة. (الغريوني وآخرون، 2001) (Bigge, 1982).

وأما، الإصابات العصبية (Local Neuropathies)

• الروم (الأزمة العصبية) (Asydena)

هي رد فعل قصبي ينجم عنه صعوبات في الشيق بسبب تطبيق العصبات الحسية ومن أبرز أعراض هذه الحالة:

- الإحساس بالاختناق والنمور بالشيء.

- الأعمال المتواصل

- خروج أصوات بسبب صعوبة التنفس.
- زيادة ضربات القلب.
- التعرق وارتفاع الضغط.
- ارتفاع حزن الطفلين وذلك بسبب نقص الأوكسجين.

تبدأ الإصابة في العادة بالتهابات ممتدة في جهاز التنفس أو التعرض لمثيرات البيئة أو حساسية القرطة، مما يؤدي إلى صعوبة ومشقة كبيرة في عملية التنفس ولي حالات إصابة متعددة فإنه يصاحبها دقة في أطراف الأصابع والشمثور وانحدار صدر أثناء التنفس، إضافة إلى القلق وعدم القدرة على النوم بشكل حاد نتيجة لسعال المستمر وتزيد من حدة الإصابة حالات البرد والنشاط الزائد للطفل (Howard & Orlandsky, 1988)

• التهاب الكيسي الخلقي (Cystic Fibrosis)

هو عبارة عن مرض وراثي يصيب الرئتين والبكراس ويؤدي إلى تلفهما أو تكيسهما، ثم تمتد الإصابة في مراحلها الشديدة إلى بقية أعضاء الجسم الداخلية عندما تراكم مادة مخاطية لزجة وسميكة ليس فقط في الرئتين والبكراس بل في معظم أعضاء الجسم الداخلية كالبنكرياس والأمعاء والبنكرياس (Black & Nagel, 1982)

تبلغ نسبة حدوث هذا المرض حوالي (0.005) ويعتبر من أكثر الإصابات التي تؤدي إلى وفاة الأطفال.

هذا ويمكن التعرف على الحالة واكتشافها عند ملاحظة وجود السائل المخاطي الكثيف في براز الطفل، إضافة إلى أنه يمكن لهذا التعرف عليها في مراحلها الأولية، عند ملاحظة وجود صعوبات في التنفس لدى الطفل وما يصاحبها من سعال مستمر إلى الحد الذي يشبه حدوث أزمة صدرية لديه. يستطيع الطبيب تشخيص حالة بدلة من خلال فحص المريض سريريًا أو إجراء عملية تصوير معدته وأمعانه الداخلية لكشف كمية السائل المخاطي المترسب لديه.

• إصابات القلب عند الأطفال (Heart Disease)

تشكل نسبة الإصابة القلبية بأمراض القلب حوالي (0.006) من حالات الأطفال حديثي الولادة. وتعتبر هذه نسبة عالية جداً بالمقارنة مع حالات الإصابة المكتسبة في هذه المرحلة العمرية. لا تعرف أسباب الإصابة تماماً، ويعتقد أن تحليل الجينات يشكل نسبة كبيرة من هذه الحالات، وعلى سبيل المثال فإن الإصابة بأمراض الداون (متلازمة الداون) المصحوبة بإصابة القلب عند (1/40) من الحالات تعبر شكلاً من أشكال التحلل في الجينات (Black & Nagata, 1982).

ويعتقد أيضاً أن الأمراض والظروف البيئية لها علاقة بالإصابة بأمراض القلب، من مثل إصابة الحامل بالحمية الأكلية خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن التدخين والإدمان على المخدرات والكحول الذي تناوله أم الحامل له علاقة قوية أيضاً بالإصابة بأمراض القلب عند الجنين (القرهوني وآخرون، 2001، ص:316).

• متلازمة داون (Down Syndrome)

سوف يتم الحديث بالتفصيل عن هذه المتلازمة في الفصل الخامس

ليس وتشخيص الإصابات الجسمية والصحية

لقد أشارت بيرجي (1986) إلى ضرورة تقييم الجوانب الأكتية للأفراد لمؤثرين جسمياً وصحياً

- المهارات الأكاديمية الأساسية.
- التحصيل الأكاديمي.
- المهارات الإدراكية.
- التطور المعرفي.
- التطور اللغوي ومهارات الاتصال.
- المهارات الشخصية والاجتماعية.
- السلوك التكيفي الجسدي.

- الاهتمامات والتفردات.

- المهارات الوظيفية (Biggs, 1986).

أما مسؤولية التعرف على الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً فنضع على كاهل فريق من الأطباء المتخصصين وذلك من خلال قيامهم بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة والتي تشمل:

أ. دراسة العوامل الوراثية

ب. دراسة مظاهر النمو الحركي.

لم بعد ذلك تقديم العلاج المناسب.

وما يجدر إشارته بأن الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية قد يعانون من التوتر والإحباط مما يحتمل أن يثقل التشخيص من إظهار مهاراتهم على أحسن وجه وما يجب على المتخصصين أخذ بعين الاعتبار كما أشرنا كل من بيك وباجيل (Black & Nagel, 1982)

الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً

يعد من الصعوبة بمكان الحديث عن الخصائص السلوكية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً وذلك للعدد من الأسباب قعها:

أ. اختلاف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقات الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى

ب. الاختلاف درجة كل مظهر من مظاهر الإعاقات الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي السبل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا، على ذلك يصعب على الدارس موضوع الخصائص السلوكية الشاملة كالتخصص الأكاديمي والسمات الشخصية، بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقات الحركية، وعلى سبيل المثال، فقد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى أخرى من فئات الأطفال المضطربون

حركياً، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو عمود العضلات أو التصلب المتعدد إتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال الصغار بالصبر، أو شلل الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتوفر الفرص التربوية المناسبة.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين جسدياً وصحياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة، ودرجتها، وقد يكون لمظاهر القلق، والحزن، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والنبوة، من المظاهر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الجسمية والصحية.

البرامج التربوية للأطفال المعوقين جسدياً وصحياً

بالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين جسدياً وصحياً وذلك تبعاً لنوع الإعاقة ودرجتها إلا أنه يمكن أن نميز البرامج التربوية التالية لهم:

1. مراكز الإقامة الكاملة: وتتألف من هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة هذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام حيث تقدم لها الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

2. مراكز التربية الخاصة النهارية: وتتألف هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وبخاصة المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالملاجع الطبيعية وبرامج تربية تناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية ومهارات الأساسية اللغوية.

3. برامج الدمج الأكاديمي: وتتألف هذه البرامج الأطفال الصغار بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصغرى الخاصة بالخدمة بالخدمة العادية أو الدمج الأكاديمي، تكامل في الصغرى

العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكرسي المتحرك، وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة الموانع المباشرة

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

يتميز تحت بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً ما يطلق عليه برامج التأهيل (Rehabilitation Programs) ويقصد بها تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي جسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج الآتية:

1. التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل الأفراد الممرمين جسمياً وصحياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال ترويضهم بالأطراف الصناعية المناسبة، أو استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) الذي يعني من آلام جراء الإصابة استئطام المساج والتفليك، والعلاج بالماء (Hydro Therapy) لبعض حالات الإعاقة.

2. التأهيل المهني (Vocational Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل بعض جسمياً وصحياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

3. التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل بعض جسمياً وصحياً من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل (Occupational Therapy) من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي.

تعديل البيئة للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين النمو الحركي والنمو النفسي للنموذج الطبيعي فد يتجه عنه صعوبات في التكيف واضطرابات نفسانية، ومن أشهر هذه حركة الطفل ما يتصل بالإعاقة الحركية فكثيراً منها ما يتصل بصعاب خارجية،

لإعاقة تفرض قيوداً تشعره بالإحباط والخصيب، فهو يريد أن يستقل ويعتمد على نفسه وأن لا يكون عالة على أسرته وعلى الآخرين، ولا بد من تعديل البيئة الملائمة لل فرد المعوق جسدياً وصحياً سواء في البيت أو المدرسة أو المواصلات أو الشارع، وفي المجتمع بشكل عام (Linderman, 1981).

أولاً، تكيف المنزل

تعتمد نوعية التكيف المطلوب في المنزل على نوعية الإعاقة التي يشكو منها الطفل، وشدة الإعاقة وعمر الطفل. فالتكيف المطلوب لطفل تكيف يختلف عن التكيف المطلوب لطفل مشلول يستخدم كرسي متحرك، مثلاً إن سطحاً مائلاً بسيطاً أمام منزل يساعد الطفل على دخول المنزل على كرسي ذي عجلات ويمكن حسنه من الخشب أو الألمنيوم.

ثانياً، تكيف المدرسة

أ عند وجود الأطفال المعوقين جسدياً في المدرسة علينا أن نتذكر احتياجاتهم الخاصة ومحاول توفيرها، فالأطفال العاجزون عن النهوض أو الركض، يجب أن لا يقضوا يومهم وهم جالسون على الكرسي، لأن ذلك قد يؤدي إلى حدوث تقلصات، وإلتقام متورمة وعظام وسيقان ضعيفة وغيرها من التشوهات (انيرالير، 2000).

ب لأطفال الذين يجالسون معوية في إمسك القلم أو الترشيد أو تحليب صفيحات الكتاب يمكنهم استخدام قطعة من ثوب أو من حصن شجرة أو كرة مطاطية للإمسك بالقلم.

وهناك شروط للمبني المكروسي الخاص بالأفراد المعوقين جسدياً وصحياً منها:

- لا بد أن يكون المبني المدرسي في منطقة تتوفر فيها الخدمات المناسبة ويمهد عن كثافة السير وأصوات المصانع.
- لا بد من توفر مساحة من الأرضي لراحة إمكانية التوسيع.
- لا بد أن يكون المبني واحداً لا مجموعة بنايات وأن يكون من طابق واحد لتجنب وجود أفرج

لا بد من أن تكون الغرف واسعة وأن يتوفر عدد كافٍ من الحمامات والوحدات الصحية والتهوية والإنارة ومكان للألعاب والمخاطبة.

- يفضل الأثاث الخشبي الخالي من وجود حواف والطراف حادة به

وكذلك فإنه لا بد من إزالة الحوائج البنية لتسهيل اندماج المولدين جسمياً وصحياً في مجالات الحياة ومنها.

أ. إخراج الممرضة، مثل شوق الأبرام والمصاعد.

ب. تكييف المواصلات، مثل تصميم سيارات تقلد باليد للمواطنين حركياً.

ج. إخراج الطفلة، وذلك من خلال تطوير الأساليب والوسائل التعليمية للمعاقين جسمياً وصحياً.

د. إخراج في أماكن العمل، وهي المولقات التي تمنح للمواطنين جسمياً وصحياً من دخول أماكن العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة (Lindstrom, 1981)

الأطفال متعددي الإعاقات الحسية (الصر - المكفوفين)

TABLE

الإعالة السمعية

الإعالة البصرية

مخاض الوالدين عند وكلاء طفل لصر وكفيف

مشاكل وحاجات الطفل الأصم المكفوف (بشكل الموهن)

مصادر معلومات الوعاة

تأثير وظيفة اللمس والسمع

مميزات التواصل للأطفال الصم / المكفوفين

قواعد الأندية لتعليم الطفل الأصم / المكفوف

المكفوف

الفصل الرابع الأطفال متعددي الإعاقات الحسية (العمر - للكفوفين)

مقدمة

من المعروف أننا نحمل على المعرفة من خلال حواسنا الخمس، ونقوم ذاكرتنا بتخزين هذه المعرفة على شكل صور وكلمات لفصلان تخزّن واسترجاع فعال، هذا ويطلق مصطلح الحواس الخمسة على كل من حواس اللمس والشم والتذوق وذلك لأن المعلومات التي تتلقاها هذه الحواس هي نتيجة للاتصال الفعلي للجسم أما الحواس الأكبر من المعلومات فتحتن تلقاها وسبقها من خلال حاسي السمع والبصر فهذان الحاستان تخزّننا بالأشياء التي في البيئة حولنا دون الحاجة للمسها أو تقرب منها أو لاغراض فيها، فمن خلال السمع يمكننا سماع وإدراك الأشياء دون رؤية مصنوعها، كما يمكننا أن نميز الأصوات وأن نعرف عن أفكارنا من خلال هذه الوسيلة أما حاسة البصر فهي تمكننا من إدراك ما يحيط بنا من أشياء حتى ولو لم يكن لها صوت أو رائحة لكننا نراها مما سبى يتضح أهمية وحجم حاسي السمع والبصر لمثل الكائنات الحية وبخصوصاً الإنسان، وقد أشار لذلك رب العرش العظيم في كتابه العزيز في العديد من سور القرآن الكريم.

كما سبق مستنتج مدى عظم مسألة ولادة طفل أصم وكفيف في آن واحد، وعلمنا أن لا ينس أن تلك الحالة لا تفرده من إنسانته كما أنها لا تكلم من إمكانياته إذ ما تم تقديم المساعدة والتدريب هذه الفئة من ذوي الإعاقات المتعددة ولعل الخوض بفاصل هذه الإعاقة فأنني أجد من المناسبات بيان بعض المعلومات الأساسية هي كل من الإعاقات السمعية والبصرية

الإعاقات السمعية (Hearing Impairment)

أهمية حاسة السمع

إن حاسة السمع هي من أهم الحواس بالنسبة للإنسان ويؤكد ذلك ورودها في المقام الأول في العديد من آيات القرآن الكريم حيث يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه العزيز ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَرْفَعُوا أَصْوَابَكُمْ كَمَا أَنشَدُوا فِي الْيَوْمِ الَّذِي تَدْعُونَ﴾ (الإسراء: 48) وفي آية أخرى من الكتاب الكريم يقول الله تعالى ﴿عَمَّ تَتَكَبَّرُونَ﴾ (الأنعام: 11) حيث أن حاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة وتكنه من فهم بيئته والتفاعل معها، فالإنسان إذا ما فقد قدرته على السمع منذ الولادة فإنه لا يستطيع أن يتكلم^{١٤} وأيضاً لن يستطيع أن يقرأ أو يكتب كالأفراد العائدين وبالتالي يرتب على ذلك حدوث صعوبات متنوعة تشمل جوانب النمو المختلفة وحرص من التعلم ومصحف في الجانب الاجتماعي.

تقسيم الأذن

بما أن الإعاقة السمعية مرتبطة بخلل فيولوجي يصيب الجهاز السمعي، لذلك لا بد من الإلمام بأجزاء هذا الجهاز ووظيفة كل جزء.

يتكون الجهاز السمعي من الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية.

1. الأذن الخارجية (The Outer Ear)

يتكون هذا الجزء من الصيوان والقناة السمعية الخارجية، والصيوان هو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن ووظيفته تجميع الموجات الصوتية وتسهيل دخولها إلى القناة الخارجية، والتي هي عبارة عن ممر ضيق توجد فيه غدد تفرز المادة الصمغية التي تحمي الأذن من البكتيريا والأوساخ، وتتمهي الممر بطبقة الأذن التي تعتبر جزءاً من الأذن الوسطى (الزرققات، 2003، ص: 20)

2. الأذن الوسطى (The Middle Ear)

وهي تحرف مليء بالهواء المسطوفة على ثوابت الضغط على طبلة الأذن وذلك من خلال خنق استاكيرسي للربطة بالحنق شعير للحنق يحصل الهواء يمر إلى

الداخل أو الخارج من خلال هذه القناة. وتشتمل الأذن الوسطى على الطبلة والعظيمات الثلاث وهي المطرقة والسندان والركاب. إن وظيفة هذه العظيمات لنقل الترددات الصوتية من الطبلة إلى الغنطة الهوائية (Stucke 1998)

3. الأذن الداخلية (The Inner Ear)

وتشتمل على جزئين أساسيين هما القنوات شبه الحلالية (Semicircular Canals)، ووظيفتها حفظ التوازن وتزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه، وإحساس بالمرح. وهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية ملئة بالسائل وتقع في الجزء الأعلى من الأذن الداخلية، أما الجزء الآخر من الأذن الداخلية القوقعة (Cochlea)، وهي جزء حلزوني الشكل يتنوي مدداً كبيراً يبدأ من الشعيرات الدقيقة وعن طريق القوقعة يتم تحويل الصوت إلى موجات كهربائية تنقل من طريق العصب السمعي إلى الدماغ. (نالك 1989)

الاية السمع (كيف تسمع الأصوات)

إن سماع الإنسان للأصوات يمر بثلاث مراحل هي كما يلي:

1. لمرحلة الأولى في الأذن الخارجية. يقوم صيوان الأذن بالتقاط الالتهجات الصوتية وتجميعها، وتنقل عبر القناة السمعية إلى الطبلة وتهتز الطبلة وتعتمد شدة اهتزازها على شدة الالتهجات الصوتية ووزنها.
2. لمرحلة الثانية في الأذن الوسطى. تنقل الالتهجات الصوتية من الطبلة إلى المطرقة ملئة على جدار الطبلة من جهة الأذن الوسطى وبحسب مبدأ عمل الروافع تنقل الالتهجات إلى السندان ومن ثم إلى الركاب إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزة إلى الغنطة أو الغنطة الهوائية حيث تكون هناك نقطة الالتقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية من هنا نرى أن وظيفة العظيمات هي نقل الالتهجات وتضخيمها وتركيزها
3. المرحلة الثالثة في الأذن الداخلية: حيث تجري العملية في الأذن الداخلية بالأكية العالية.

يقوم السائل للمستمع بالخارجي نقل القنليات الصوتية إلى السمع الطبيعي ثم إلى السمع الواسطي حيث تحتل هذه القناة بالسماع اللامعاري الداخلي ومنهجه بوجود فرق في الجهد بين هاتين السلتين يتأثر الغشاء القاعدي الذي يحمل أنابيب جسم كورني، أثناء حركة الاهتزاز تتلامس الأنابيب كورني مع الشعيرات التي تلغى الغشاء السطحي الذي يوجد في القناة الثالثة (السمع الهندليزي) ونتيجة لوجود فرق في الجهد بين القناة الوسطى والقناة الثالثة تتولد تيارات (سيالات عصبية) تلتقيها الألياف والعقد العصبية لتنتقلها إلى المراكز الحسية في الدماغ ومعروف أن جسم كورني يعمل على حفظ التوازن بتحكم مباشر من المخيخ. (الرسالة، 1994، ص. 43-44).

خصائص الصوت

لا بد من الإشارة إلى خصائص الصوت العلة وذلك لعلاقتها بالإحافة السمع وهي:

1. شدة الصوت (Intensity)

وتشير إلى قوة الصوت ودرجة ارتفاعه، وتقاس بوحدة قياس تسمى الديسبل، ويرمز لها بالرموز (dB). وتكون صورة أوضح عن القصور بالديسبل، تحيل صوتاً على سواه (3) أقدام منك، فإن شدة هذا الصوت بالنسبة لك حوالي (30) ديسبل بينما صوت إقلاع الطائرة يسجل حوالي (140) ديسبل إذا كنت على مسافة (30) متراً منها، وتتراوح شدة الحثيث العادي من (40-50) ديسبل. ونجدد الإشارة إلى أن الصوت يصبح مؤذناً للأذن العادية إذا تجاوزت شدته (120) ديسبل

2. نغمة الصوت (Pitch)

يشار لها أحياناً بالتردد (Frequency) ويقصد بالنغمة أو التردد عدد الموجات التي يهدها مصدر الصوت في الثانية الواحدة وتقاس بوحدة قياس تسمى الهرتز ويرمز لها بالرموز (Hz) تقديراً للعالم (Heinrich Hertz) الذي يُعد من أشهر من درس الصوت وخصائصه فنعلمنا تقول إن نغمة الصوت (50) هيرتز لهذا، يعني تردداً

يساوي (50) موجة في الثانية. وكلما زاد عدد الموجات أصبح الصوت أكثر حدة (أي أقل غلظة)

هذا ومن الجدير ذكره أن الأذن السليمة تستطيع سماع الأصوات التي تتراوح تردداتها بين (20 و 20000) هيرتز في الثانية. ونزلوح بمدة الحديث المادي بين (125 و 8000) هيرتز. ولتهدر الإشارة إلى أن الحديث المادي لأي فرد يتألف من أصوات ذات ترددات غلظة تبدأ لأصوات الحروف التي يتألف منها الكلام، فحرف السين مثلاً تردده أعلى بكثير من حرف الفاء. (الفريسوني وآخرون، 1993، ص: 137)

تعريف الإعاقة السمعية

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة فعلى سبيل المثال يهتم الأطباء والمعلمون في مجال التفقون على درجة اعتقاد السمعى. وندت من أجل التمييز بين عيالات السمع والمصابين بالصمم الكامل يسميهم التربويون بالمصابين التربوية والأكثر الناحية من الإعاقة السمعية على التمدد والتواصل.

كما سبق استيع أن مصطلح الإعاقة السمعية يشتمل إلى لمشكلات السمعى التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالصمم السمعى (Hard of Hearing) إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم (Deafness)، ومن هه يعرف الصمم على أنه درجة من التفقدان السمعى تزيد عن (70) ديسيبل لتعزى لحدوث دون اعتماد على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماعات أو بدونها، أما ضعف السمع فهو درجة من خفان السمع تزيد عن (35) ديسيبل وتقل عن (70) لمعمل الفرد يعنى من صعوبات في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماعات أو بدونها.

ولتهدر الإشارة إلى أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاذه مع عوامل أخرى أهمها:

1. العمر عند فقدان السمع

2. العمر الذي تم فيه اكتشاف فقدان السمع، ومعالجته
3. المدة الزمنية التي استغرقتها حدوث فقدان السمع.
4. نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.
5. فاعلية أدوات لتفهم الصوت.
6. الخدمات التأهيلية المقدمة (التمشي، 2000، ص. 27)

هشوع الإعاقة السمعية

تعد لإعاقة السمية مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى قليلة الحدوث نسبياً حيث تشير ليرنو أن نسبة انتشار حالات الإعاقات (السمعية والبصرية والحركية) مجتمعين مقارنة مع حالات القترية الخاصة الأخرى يبلغ 3.8٪ (Lewy, 2000)

كذلك فإن الدراسات في الدول الغربية تشير إلى أن 15٪ من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية، وأن هذه المشكلات لا تصل إلى مستوى لإعاقة، أما بالنسبة إلى مستوى الضعف السمعي الذي يصل إلى حد الإعاقة السمعية فيقدر بسببه بحوالي 0.5٪

أسباب الإعاقة السمعية

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية والتي توصل إليها العلم الحديث، إلا أنه هناك حالات عديدة لا يزال لا يعرف لها سبب محدد

لذلك تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب الأولى: مجموعة الأسباب التي تعود لعوامل وراثية جينية والثانية مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية، ولهما يلي عرض لأهم أسباب الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف.

أولاً: الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية): وأهم هذه الأسباب اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين (RH) وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين ويحدث عندما يكون دم الجنين مخالفاً من العامل الرايزيسي ويكون لدى الأب هذا العامل فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الرايزيسي من الأب مما يؤدي إلى قتل دم الجنين إلى دم أمه وخاصة أثناء الولادة، مما يجعل دم الأم

يتيح أجسامه مضادة لأن دم الجنين يخلف عن دمها. وهذه الأجسام المضادة تنقل إلى دم الطفل عبر المشيمة. ونتيجة لهذا كله فإنه يحدث مضاعفات متعددة منها إصابة الطفل بالإعاقة السمعية.

ثالثاً: الأسباب الخاصة بالعوامل الفيزيائية، والتي تحدث بعد عملية الإغصاف أي ما قبل مرحلة الولادة، وأثناءها، وبعدها. ولعمد هذه الأسباب:

1. الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم الحامل وهي مرض فيروسي معدٍ يصيب الأم الحامل ويختلف اختلافاً في الصين والأذن والجهاز العصبي المركزي والقلب للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وهي سبب لكثير من الإعاقات ومنها الإعاقة السمعية

2. التهاب الأذن الوسطى (Otitis Media) وهو التهاب فيروسي أو بكتيري، يسبب هذا الالتهاب زيادة في إفراز السائل اللامسي داخل الأذن الوسطى مما قد يخلق طبقة الأذن عن الاحتراق بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل ويحدث ضغطاً شديداً.

3. التهاب السحايا (Meningitis). وهو التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب السحايا ويؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل واضح في السمع

4. العيوب الخلقية في الأذن الوسطى. كالتهشعات في الطبلة أو عظيمات المطرقة والسندان والركاب. وكذلك التشنجات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضها للالتهاب والأودام.

5. الإصابات والحوادث. ومن أمثلتها كعب الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مرهقة جداً لفترات طويلة، أو إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة مما قد يحدث تلف في الأذن الوسطى بسبب ضغط في السمع

6. تجمع المادة المسقية. التي يفرزها الغشاء المخاطي للأذن، وبالتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية، يحول دون وصول الصوت إلى المخاض

7 سوء تغذية الأم الحامل.

8 تعرض الأم الحامل للأكسدة السببية وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

9 تعاطي الأم الحامل للأدوية والمخدرات من دون مشورة الطبيب

10 نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة. (المليش، 2000)

كما يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية بحسب مكان الإصابة في الأذن، وهناك يمكن أن يميز ثلاث مجموعات من الإعاقة. (فروسلو، 1994، ص 347)

1. إصابة طرق الاتصال السمعي:

وتمثل الإعاقة هنا عطلاً في طرق الاتصال الحسني أو التوصيلي وحسب ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية والوسطى، مثل حالة المسماة (Atresia) والتي تبدو في صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية، أو الانتهابات التي تصيب قناة الأذن الخارجية، وكذلك الحالة المسماة (Otitis Media) والتي بدو في التهاب الأذن الوسطى والتي تنتج بسبب التهاب قناة ستاكيوس أو بسبب حساسية، وغالباً ما تكون الحساسية نتيجة لهذه الأسباب أقل من (60) وحدة ديسبل

2 إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي:

وتمثل للإعاقة هنا عطلاً في طرق الاتصال الحسي العصبي، وغالباً ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية، والتي تشكل مشكلة لدى الأطباء والمربين على حد سواء، وتمثل الحالة المسماة (Dysacusis) مثالاً على إصابة الأذن الداخلية، ولتبدو أعراضها هذه الحالة في صعوبة فهم الكلام أو اللغة المتطورة لدى المرء، وكذلك الحالة المسماة (Tinnitus) والتي تبدو أعراضها في طنين الأذن، وغالباً ما تكون سبب الحساسية السمعية لهذه الأسباب أكثر من (60) وحدة ديسبل.

تصنيف الإعاقات السمعية

هناك العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية تبعاً للمنهج من المراحل أهمها

- التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة

- التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية.

- التصنيف حسب شدة فقدان السمع.

أولاً: التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة:

يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجهد المصاب من الجهاز السمعي ويقسم إلى ما يلي:

أ. فقدان السمع التوصيلي (Conductive Hearing Loss): وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسيبل، ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة وتغييرها إن استخدم الساعات في مثل هذا النوع بعيد في مساعدة الأفراد على استعادة بعض قدراتهم السمعية.

ب. فقدان السمع الحسي (Sensorineural Hearing Loss): وينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي تكمن المشكلة في هذا النوع من أن موجات الصوت إلى الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنت كهربائية داخل العرقمة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ. وعادة فإن درجة فقدان السمع في هذا النوع تزيد عن (70) ديسيبل.

يعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من فقدان السمع من صعوبة في فهم الأصوات، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على سماعها، وإلى اضطراب لغات الصوت وإذهاة شدة الصوت بشكل غير طبيعي، وعادة ما يتكلم الفرد بصوت مرتفع لسمع نفسه. إن استخدام الساعات في هذا النوع قليل الفائدة.

ج. فقدان السمع المختلط (Mixed Hearing Loss): يسمى فقدان السمع المختلط إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمعي توصيلي وفقدان سمعي حسي في الوقت نفسه. في مثل هذا النوع من فقدان قد يكون هناك جزء كبير

بين التوصل الفوري، والتوصل البطيء للموجات الصوتية السماعات قد تكون مفيدة لهم.

د. فقدان السمع المركزي (Central Hearing Loss): ينتج فقدان السمع المركزي في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو مراكز السمعية بعزل دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ أو عند إصابة الجسر المسؤول عن السمع في الدماغ وفي هذه الحالة فإن السماعات تكون محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من هذا الفقدان السمي.

ثانياً التصنيف حسب العمر التي حدثت فيه الإعاقة السمعية.

يعتبر العمر الذي حدثت فيه الإعاقة عام من حيث الأثر الذي تتركه لإعاقة السمعية على نمو واكتساب اللغة والتعرض لخبرة الأصوات المخفية في البيئة من هنا تنقسم الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف إلى:

أ. صمم ما قبل تعلم اللغة (Prelingual Deafness): وهو حدوث الإعاقة السمعية في عمر مبكر وقبل أن يكتب الطفل اللغة سواء كانت الإعاقة ولاديه أي منذ الولادة أو مكتسبة. وفي هذا النوع من الصمم لا يستطيع الطفل أن يكتسب اللغة أو الكلام بطريقة طبيعية فتمتص لا يسمع الطفل فإن ما تاتالي لا يستطيع أن يتعلم كلام الآخرين أو ملاحظة كلامه ومن هنا يحتاج الطفل في هذه الحالة، أن يتعلم اللغة عن طريق حاسة البصر أو إلى استخدام لغة الإشارة وذلك لأن هذه اللغة تفتت قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع ولم تتعلم اللغة، ويطلق عليهم (الصمم المبكر).

ب. صمم ما بعد تعلم اللغة (Postlingual Deafness): ويطلق هذا التصنيف على تلك اللغة من الأطفال سمياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة، ويطلق عليهم معنى (الصمم) فقط.

ثانياً: التصنيف حسب شدة فقدان السمع:

وتصنف الإعاقة السمعية حسب هذا الرصد إلى ثلاث فئات بحسب شدة فقدان السمع (بحسب دوجة الحسارة السمعية) والتي تقاس بوحدة الديسبل (Decibel) هي

أ. فئة الإعاقة السمعية البسيطة (Mild Hearing Impaired): وتتراوح قيمة الحسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (20-40) وحدة ديسبل (20-40 dB Loss).

ب. فئة الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderately Hearing Impaired): وتتراوح قيمة الحسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (40-70) وحدة ديسبل (40-70 dB Loss).

ج. فئة الإعاقة السمعية الشديدة (Severely Hearing Impaired): وتتراوح قيمة الحسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (70-90) وحدة ديسبل (70-90 dB Loss).

د. فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً (Profoundly Hearing Impaired): وتزيد قيمة الحسارة السمعية لدى هذه الفئة عن (92) وحدة ديسبل (92 dB Loss) (الكمش، 2006) (الروسان، 2001).

قياس وتشخيص الإعاقة السمعية

هناك العديد من الطرق المستخدمة في قياس وتشخيص الإعاقة السمعية، وهذه الطرق هي

أولاً: الطريقة التقليدية (Traditional Method)

وهي طريقة غير دقيقة وتهدف للكشف المبكر عن إمكانية إصابة الفرد بالإعاقة السمعية، ومن تلك الطرق.

أ. طريقة الخمس (Five Finger Test): وفي هذه الطريقة تقوم بمساحة الطفل بإصبع بصوت منخفض للتأكد من سلامة الجهاز السمعي لديه فإذا لم يسمع الطفل برقع

درجة الصوت ومن خلال ذلك نستطيع التعرف مبدئياً على وجود خلل من عدمه في حاسة السمع لدى الطفل.

ب. طريقة دفات الساعة (Watch Test): وفي هذه الطريقة نطلب من الطفل أن يسمع لساعة دفات الساعة فإذا قام بسماعها كان وضعه طبيعياً وإلا، لم يستطيع سماع دفات الساعة فإن ذلك مؤشراً على وجود خلل في حاسة السمع لدى الطفل.

ثانياً: الطرق العلمية الحديثة (Modern Methods)

يتم إجراء تلك الطرق العلمية في قياس القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (Audiologist) وهذه الطرق تتصف بالثقة مغايرة مع الطرق التقليدية وأهمها:

أ. طريقة القياس السمعي المقياس (Pure - tone Audiometry): وفي هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة/ حبة القدرة السمعية للفرد بوحدة تسمى (Hertz) والتي تمثل عدد من التذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدة أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسيل (Decibel, dB)، ويقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرع بوضع سماعات الأذن على أذني المفحوص، ولكن أحد على حدة، ويحرض على المقصود أصواتاً ذات تذبذبات تتراوح من (125- 8.000) وحدة هيرتز، ذات شدة تتراوح من صفر إلى (1.0) وحدة ديسيل، ومن خلال ذلك يقرر الفاحص مدى النقاط المقصود للأصوات ذات التذبذبات والشدة الخارجة.

ب. طريقة إستقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry): وفي هذه الطريقة يحرض الفاحص أمام المقصود أصواتاً ذات شدة متدرجة ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المقروضة عليه. (Yellin & Robin, 1997)

القياس السمعي للأطفال الصغار.

يتم فحص السمع للأطفال الرضع بالاعتماد على التنبؤات الأولية إذ تلاحظ استجاباتهم للأصوات العالية بشكل لا إرادي أو من طريق إصدار أصوات بدرجات مختلفة من جميع الجهات وملاحظة استجاباتهم لها

ويمكن إجراء الفحص السمعي مع الأطفال الصغار عن طريق ما يعرف بالهدس من خلال اللعب، حيث توضع الساعات على أذن الطفل ويقدم له لعبة أو حديث بدرجات مختلفة في الشدة ويطلب منه القيام بعمل محدد له عند سماع الصوت (Northern & Dowd, 2002)

الاختبارات التربوية المستخدمة في الفحص السمعي

في هذه الطريقة يستخدم الاختصاصي اختبارات التمييز السمعي القليلة أهمها:

أ مقياس ويبمان لتمييز السمع (Weptman Auditory Discrimination Test,) (1978) حيث يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الفحص على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة، وهو مصمم للأطفال من (5-8) سنوات، ويطبق بطريقة فردية.

ب مقياس جوالمان فرستر ودكوك للتمييز السمعي

ج مقياس لعمود السمعي.

وعما يبدو ذكره أن جميع الاختبارات التربوية تعتمد فيها أماليها لفحص بعض سمعياً على الطرق العادية

التدخل المبكر والإعاقة السمعية

من المعروف أن التدخل المبكر يلعب دوراً حيوياً وبارزاً في منح أو الحد والتقليل من آثار السلبية للإعاقات، ولذلك يقع على كاهل أولياء الأمور والمعلمين في المدارس واجب الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث إعاقة السمعية للطفل مستقبلاً.

ومن أجل ذلك وضع الاختصاصيون عدداً من المؤشرات والمظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود أو احتمال حدوث الإعاقة السمعية وفيما يلي عرض لأهم هذه المؤشرات

- 1 إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
 - 2 ظهور إغرازات صديعية من الأذن أو إحمرار في الصوان.
 - 3 الشفت والأرتباك عند حدوث أصوات جانية.
 - 4 الميل للحديث بصوت موضح.
 - 5 استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.
 - 6 الصعوبة الواضحة في فهم التلميحات وطلب إعادتها.
 - 7 هروب في نطق الأصوات وخاصة حلق الأصوات الساكنة من الكلام.
 - 8 الاثر في ببرة واحدة عند التحدث، أو خلط بعض الحروف.
 - 9 انحراف على الأسماء من مصادر الصوت وفتح صوت التنفاز والمذياع بشكل مرهق للآخرين.
 - 10 عدم لاتباء والإستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.
 - 11 تشكوى من الآم في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.
 - 12 ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الإختبارات الشفهية.
 - 13 عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك التي تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية. (Smith, 2001)
- خصائص الموهوبين سمياً**

من البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم ولقدان السمع والفرد اللغوية لدى الفرد الأصم الأيكم على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية والاجتماعية. إلخ

ولهما يلي توضيح لتلك الأكلو على هذه الجوانب، مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الخصائص والصفات تخص الموهوبين سمياً كمنه وهي ليست خصائص مميزة لكل فرد يعاني من الإعاقة السمعية

أولاً: الخصائص اللغوية

من الطبيعي أن يتأخر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً فهو يعتبر من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية ولا حجب في ذلك حيث إن الصعوبة في جوانب النمو اللغوي، وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعوقين سمعياً، وترجع إلى غياب التغطية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغلة. إن الطفل السامع عندما يقوم بالمناغلة، فإنه يسمع صوته، وهذا يشكل له تغذية وراجعة فيستمر بالمناغلة. في حين أن الطفل الأصم، لا يسمع مناغلاته، وبالتالي يتوقف عنها ولا تتطور لديه اللغة بعد ذلك. كما أن الطفل الأصم على الأخص لا يحصل على إستراتيجيات سمعية كافية أو على تغذية وراجعة، أو تعزيز من قبل الراشدين لتوقعاتهم السلبية من الطفل الأصم وبالتالي فإن الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغوي مناسب يقوم بتقليده

ويذكر هؤلاء وملاؤه (Hallahan et. al, 1981) ثلاثة آثار سلبية للإعاقة

السمعية على النمو اللغوي، وخاصة لدى الأفراد الذين يعانون صمماً، هي

1 لا ينانق الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين، علماً بمصدر أي صوت من الأصوات.

2 لا ينانق الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين علماً بصوت أي صوت من الأصوات.

3 لا يتمكن الطفل الأصم من ملاحقة التمازج الكلامية من قبل الكبار كي يملأها.
(Hallahan & Kaufman, 1994)

ويعتبر العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية من العوامل الحاسمة في تحديد درجة التأخر في النمو اللغوي، فالأطفال الذين يصابون بالإعاقة السمعية منذ الولادة ولعل اكتساب اللغة يراهمون عجزاً في تطور اللغة منذ الطفولة المبكرة رغم أنهم يصدرون أصواتاً ويقومون بالمناغلة كبقي أقرانهم من الأطفال السامعين

كما تتأثر مظاهر النمو اللغوي بدرجة الإعاقة السمعية، فكلما زادت درجة إعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية، والعكس صحيح. وعلى ذلك يرجع الأفراد ذوو الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو

البعيدة أو في فهم موضوعات الحديث للخطقة، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة سماع وفهم (75%) من المناقشات الصفية، وتكون المشكلات اللغوية في حين يواجه الأفراد دور الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المداخلات والمناقشات الجماعية وتتناقص عدد المفردات اللغوية وبالتالي صعوبات في التعبير اللغوي، في حين يواجه الأفراد دور الإعاقة الشديدة مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها، وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي. (الروسان، 2001)

ومن أهم مظاهر قصور اللغوي لدى الأفراد الموقنين سمعياً، بالإعاقات إلى الصعوبة في اللفظ، أن لديهم خبر غنية، ومفرداتهم أقل، وجملهم أقصر، وتضعف بالتركيز على جوانب الحسية المقوسة مقارنةً بلغة السامعين. كما أن لديهم أعطاء في الكلام وعدم إتقان في نبرات الصوت.

ثانياً الخصائص المعرفية (المعرفية)

ونقصد بها حل تؤثر الإعاقة السمعية على القدرة العقلية للفرد الموقن سمعياً³ لقد تم التوضيح سابقاً أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح على النمو المعرفي للفرد وبما أن معظم علماء النفس التريرون يشعرون إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة السمعية فمن الطبيعي أن يكون أداء الأفراد الموقنين سمعياً متدنياً على اختبارات الذكاء ومدى بسبب ضعف تلك الاختبارات بالخاصة العقلية. والسؤال الذي يطرح نفسه ما، وأنه لو تم تصميم اختبارات ذكاء وخاصة بالصمم تركز على الجوانب لأدائية فهل سيكون أداءهم متدنياً على هذه الاختبارات؟ على كل حال يجب الإشارة إلى أن اختبارات الذكاء بوصفها الحالي والمطبوعة بالخاصة العقلية لا تقيس قدرات الصمم العقلية الحقيقية، وهذا وتنتج معظم الدراسات أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد إذ أشارت الدراسات إلى أن الموقنين سمعياً قادرون على التعلم والتفكير العبريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية. (Hallahan & Kaufman, 1994)

ثالثاً: الخصائص التربوية (التحصيل للتدريس)

من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم وبخاصة في مجالات القراءة، والكتابة، وحساب، وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية اعتماداً أساسياً على السمع الطبيعي، وحيث أن الدراسات - كما ذكرنا سابقاً - أشارت بشكل عام إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً ليس لديهم تدني في القدرات العقلية مقارنة بأقرانهم السامعين، بذلك فإن انخفاض الواضع في التحصيل الأكاديمي لديهم يمكن تفسيره بعدد من العوامل أهمها:

- 1 عدم ملائمة المناهج الدراسية لهم حيث أنها مصممة بالأصل للأفراد السامعين
- 2 انخفاض الدافعية للتعلم في الغالب لديهم نتيجة ظروفهم النفسية الناتجة عن وجود الإعاقة السمعية
- 3 عدم ملائمة طرق (أساليب) التدريس لحاجاتهم، فهم بحاجة لأساليب تدريس فعالة تتناسب وظروفهم.

إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عالية من التحصيل الأكاديمي، فلما كتبت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية مكرسة وطرائق تدريس فعالة فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عالية مشابهة لأقرانهم السامعين. هذا وتجدر الإشارة إلى أن درجة الإعاقة السمعية تلعب دوراً هاماً في التحصيل الدراسي فكلمة ولدت درجة الإعاقة السمعية قلت فرص المعوق سمعياً للاستفادة من البرامج التربوية، وهذا مع العلم بأن التحصيل الأكاديمي يتأثر بمتغيرات أخرى غير شدة الإعاقة السمعية مثل القدرات العقلية والشخصية والدعم الذي يقدمه الوالدين، ونصير عند حدوث الإعاقة السمعية والوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والوضع السمي للوالدين (Yascebyk & Algozzine, 1990).

رابعاً: الخصائص الاجتماعية والاتصالية

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل لذلك يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكلمية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب انعكاس الواضع في اندماجهم الدفعية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء أكان ذلك في

عالم لأسرة، أو العمل، أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، لها يدو الفرد الأصم وكأنه يعيش في حلة مع الأفراد العائدين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكرية الذي لا يستطيع أن يمر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولذا السبب يجعل المصابون سمياً إلى تكوين التواقي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه التواقي والتجمعات ذات الأهمية خاصة بالنسبة لهم بسبب تعرض الكثير منهم لخرافات الإصباح التي ترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العائدين والصم. حيث أن الأفراد المعروفين سمياً يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة من الأفراد، ويظهرون إلى أنظمة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو اثنين. لذلك فهم يهربون إلى العزلة كذلك يفتنون من يظهرون في المنهج الاجتماعي مغلوطة بأفرائهم السامعين وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأفراد.

أما فيما يتعلق بالخرافات الاجتماعية للمعوقين سمياً فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد المعروفين سمياً أكثر عرضة للضغوط النفسية والقلق والتوتر من أقرانهم العائدين، مع ضرورة الإشارة إلى أن تأثير الإعاقة السمعية على المواقف الاجتماعية للفرد تختلف من فرد إلى آخر، وذلك استناداً على عوامل عديدة تتعلق بالظروف الخاصة بالفرد، إلا أن ذلك لا يعني أن سوء التواصل الاجتماعي نتيجة حتمية للأفراد المعروفين سمياً (الزويقات، 2003، ص 181).

وبمجرد ذكره أيضاً أن الأشخاص المعوقين سمياً يميلون للتفاعل مع أشخاص يعانون مما يعانون منه، وهم يفعلون ذلك أكثر من أية فئة أخرى من فئات الإعاقة المختلفة ربما بسبب حاجتهم إلى تفاعل اجتماعي والشعور بالفهم من الأشخاص الآخرين (Kirk & Gollaughor, 1989).

الإعاقة البصرية (Visual Impairment)

أهمية خاصة البصر

لا شك أن حاسة البصر من أهم حواس الإنسان على الإطلاق، حيث إن الحرمان من حاسة البصر يفقد الطفل معظم خبراته اليومية المتعلقة بالصورة واللون والشكل، ويجرمه من تكوين الصور الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة. وكما هو

معلوم فإن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء ونزعتها واستدعائها عند الحاجة تعتبر من أهم مقومات عملية التعلم. ولذا نجد كتب ومناهج رياض الأطفال والصغار الابتدائية الأولى تركز على الصورة بشكل أساسي إن (783) مما يتعلمه الإنسان من معرفة يأتي عن طريق حاسة البصر والفرد الذي يعاني من مشاكل بصرية، تصبح فرصته المتاحة للتواصل مع البيئة والتعلم الخارجي أقل بكثير من أقرانه البصريين ومع أن الفرد في هذه الحالة يعاني من فقدان حاسة البصر بحاسي السمع واللمس، لكن التعويض لا يكفي ولا يكون بديلاً تامةً من حاسة البصر إن الحرمان من حاسة البصر لي الهام، يحرم الفرد من معظم خبراته الحياتية المتعلقة باللون، والشكل، ومن تكرر الصور الذهنية عن الأشياء والاشياء مشكلات في التعلم. وبالإضافة إلى ذلك فإن الحرمان من حاسة البصر أو ضعفها تحد من قدرة الفرد المصاب على الاستفادة من لادة المكتوبة من جهة وتقلص قدرته على الاتصال والمشاركة والتعامل في الشبكات المدرسية المختلفة من جهة أخرى.

الجهاز البصري (تجزئة العين)

يسمى الجهاز البصري للإنسان بنوطة حالية من التعقيد، ويتطلب تخصصاً دقيقاً للإحاطة بكامل تفصيلاته وآلية عمله. ويوجه عالم فإن الجهاز البصري يتألف من بعض التي تقوم باستقبال الأشعة الصادرة عن الأجسام المجردة ونقل الصور المصورة على شكل ومضات كهربائية إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها والعين كروية الشكل تكمن في مجهرها داخل الجسمة تحملتها من المؤثرات والصدمات الخارجية. وتؤلف العين من الأجزاء الأساسية التالية. (Hollman & Kaufman, 1991).

1. جفثا العين: وهما الجفن العلوي والسفلي، ووظيفتهما حماية العين من المؤثرات الخارجية.
2. المصفاة، وهي عبارة عن غشاء يطن العين وكرة العين نفسها.
3. القرنية: هي عبارة عن غشاء شفاف يغطي الجزء الأمامي من مقدمة العين، وتقوم القرنية بكسر الضوء بهدف تركيزه على الشبكة.

4. الصلبة وهي الجزء الصلب الأبيض اللون الذي يكسو العين ويحمي أجزائها الداخلية
5. القرنية: وهي عبارة عن الغشاء الملون المسطح خلف القرنية والذي يغطي العين لونها المميز. يوجد في وسط القرنية فتحة صغيرة تسمى البؤبؤ وتقوم القرنية بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ
6. المسائل المائية وهي عبارة عن سائل مائي يوجد بين العدسة والقرنية ويقوم بتغذيتها، كما أنه يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكية، حيث إن الشعاع الضوئي عندما يمر في هذا الوسط المائي يتعرض للانكسار
7. العدسة: وهي عبارة عن سيج شفاف محدب يقع خلف القرنية وتقوم العدسة بدور مهم جداً في تركيز الضوء على الشبكية
8. المسائل الزجاجية: وهو عبارة عن سائل هلامي ملاً تجويف العين خلف عدسة يكسر الضوء عندما يمر من خلاله ليتم تركيزه على الشبكية. هذا، وبمكس القوس أن كلا من القرنية والسائل المائي والعدسة والسائل الزجاجي تقوم بتغيير وظائفها بحيث تعرض الشعاع الضوئي لعمليات إنكسار مختلفة حتى يتم تركيزه على شبكية العين. ومن هنا يعطى البعض على تسمية هذه الأجزاء بالتركيبات لانكسارية (Refractive Structures)
9. الشبكية: هي عبارة عن تجميع حساس للضوء، يتلقى الحفرة الخلفية للعين من الداخل، وتقوم مقام القلم في كاميرا التصوير. إلا أن الصور لا تنطبع على الشبكية، كما هي الحال في القلم بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري.
10. العصب البصري: يتكون العصب البصري من خلايا حسية، وتخصص وظائفه في نقل لإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار في الدماغ. وكما يلاحظ فإن وظيفة الشبكية والعصب البصري هي استقبال الإشارة الضوئية ونقلها إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها. ولذا يشار إلى الشبكية والعصب البصري على أنهما التركيبات المستقبلة (Receptive Structures)

11 حركات العين: إن بعض هذه الحركات خارجية تتحكم بحركة كرة العين إلى أعلى والأسفل والجانبين، وهي عبارة عن ستة حركات تعمل بتناسق، ويتحكم الإنسان فيها بشكل مناسب ومن هنا يأتي التحكم في حركة كرة العين، ولي بعض الحركات التي يحدث فيها خلل في الأداء الوظيفي لهذه الحركات فإننا نلاحظ اضطراباً في نشاط العين وقد نلاحظ محاولات الحول أو التجاذب اللاإرادي لمقدمة العين أو عدم وضوح الرؤية بسبب عدم توازن عمل تلك الحركات، ويشار إلى هذه الحالة باسم العمى المتعطل (Amblyopia). أما الحركات الداخلية فهي التي تتحكم في شكل عدسة العين بدرجة تحددها بشكل يضمن إنكسار الضوء على الشبكية (الفريوتو وفنرود، 1995) (Joss, 1983).

أما وظيفة العين فتشبه إلى حد ما طريقة عمل الكاميرا مع اختلاف كبير في درجة التعقيد، إذ إن العين بالغة التعقيد.

آلية الإبصار

نحدث آلية الإبصار كما يلي:

يقع الشعاع النابت من جسم ما على العين، وتمر من خلاله بالقرب حيث يتعرض لأول عملية إنكسار. ومن ثم يصل الضوء إلى البؤبؤ الذي يقوم بانكسار كمية الضوء الداخل إلى العين. ثم يصل الضوء إلى العدسة والتي تستقر درجة تحددها تبعاً لكمية الضوء وخصائصه الأخرى، وتقوم العدسة بكسر الضوء بشكل يكمل تركيزه على شبكية العين، وتمر الشعاع الضوئي عبر السائل الزجاجي الذي يحمل أيضاً على انكسار الضوء وتركيزه على الشبكية، وتكون صورة الجسم المنعكس على الشبكية، ويتم نقلها عن طريق الألياف البصرية إلى العصب البصري الذي ينقلها إلى مراكز الإبصار في الدماغ. (Joss, 1983).

تعريف الإعاقة البصرية

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة البصرية، أهمها:

1. التعريف القانوني (Legal Definition): لقد ظهر التعريف القانوني للإعاقة البصرية قبل ظهور التعريف الفيزيائي ويشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية

على أن الشخص الكفيف من وجهة نظر الأطباء هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة بصره (Visual Acuity) من 200/20 قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في بصره على مسافة مثالي قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذا التعريف.

2. التعريف التربوي (Educational Definition): أما التعريف التربوي فيشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل (Braille Method) (الروسان، 2001، ص 151). كذلك وضعت بارجا (Paraga 1976) تعريفاً تربوياً للمعاق بصرياً بقول: "إن الطفل المعاق بصرياً هو الذي تحول إصابته دون تعلمه بالوسائل العادية لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي الآلية للقرعة

3. التعريف الوظيفي: وقد اقترح هذا التعريف العالم هارلي (Harly, 1971) ويشير إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إصابته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة برايل.

نسبة الإعاقة البصرية

تعتبر الإعاقة البصرية من الإعاقات قليلة الحوادث مقارنة بمشاكل الإعاقات لأخرى في الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة المعوقين بصرياً حوالي (1%) من مجموع السكان وتشكل الإعاقة البصرية ما نسبته (5%) من فئات التربية الخاصة المختلطة (Demott, 1982)

تصنيف الإعاقة البصرية

يصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيسيتين.

الأولى: مجموعة المعاقون بصرياً كلياً (Totally Blind): وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها المصنف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصرياً جزئياً (Partially Sighted): وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية

أو أي وسيلة تكبير، وتراوح حدة إحصار هذه المجموعة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في أسس العين أو حتى في استعمال النظارة الطبية. (الروسان، 1994، ص. 309).

وهذا تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية والخبرات الفكرية، وحسب ذلك التصنيف يمكن أن نمرّ المذوجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية:

1. فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة
2. فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.
3. فقد بصر جزئي ولادي.
4. فقد بصر جزئي مكتسب
5. ضعف بصر ولادي
6. ضعف بصر مكتسب. (Hallahan & Kaufman, 1991).

أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية)

هناك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية وأكثرها انتشاراً ما يلي:

1. طول النظر: حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية، ويحدث السبب في طول النظر إلى قصر عمق كرة العين. بحيث تكون نقطة تركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية ولذلك لا تتكون الصور للأشياء القريبة. أما الأشياء البعيدة فيمكن رؤيتها بسهولة لذلك نجد الأطفال الذي يعاني من طول في النظر أثناء القراءة يميل إلى وضع الكتاب أمامه على مسافة أبعد من بقية الطلبة.
2. قصر البصر (Myopia): وهي حالة عكس طول النظر حيث إن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة وتكمن المشكلة في أن عمق كرة العين من المثلثة للضعف يكون كبيراً بما يجعل الشعاع الساقط من القرية ينكسر ليصبح خارج الشبكية

وعلى عكس وملاحظهم الآخرين نجد أن الطلبة الذين يصابون من عصر النظر بقريرين المادة المقروءة من أصيهم بشكل غير مألوف.

على أية حال فإن حالات طول النظر وقصر النظر والتي تعتبر من أكثر الصعوبات البصرية شيوعاً يمكن التغلب عليها باستخدام النظارات والعدسات اللاصقة

3. اللابورية (Astigmatism): وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم النظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليها، حيث ينتشر الضوء بشكل يؤدي إلى عدم وضوح الصورة وفي معظم الحالات يمكن علاج هذه الحالة عن طريقة الجراحة أو العدسات اللاصقة

4. الجلوكوما (Glaucoma): وما يشار له عادة (بماء الأزرق) وهي حالة تتج عن ارتفاع في (إفراز السائل المائي (الرطوبة للملحة)، داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر وإذا لم تكتشف هذه الحالة مبكراً وتعالج فإن الضغط قد يتطور إلى حد الذي يحول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه والإصابة بكم كلي للبصر وتتمثل أعراض هذه الحالة بالتقلص التدريجي لقوة الإبصار، وألم في العين ومضاعف، وتتحول مواجهة الضوء، وتكون حالات ملومة حول لأهواء وعلى الرغم من أن الجلوكوما تشيع في الغالب بين كبار السن إلا أن هنالك الجلوكوما الخفية التي يمكن أن تكون وراثية، أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع الملوى كالخسبة الألمانية.

5. عتامة عدسة العين (Cataract): ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد) ويترجع عتامة عدسة العين عن تهابب الألياف البروتينية المكونة لعدسة العين بقلعها شفافيتها. والتمالية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة، ويشير الأطباء إلى أن (75٪) من المصابين بعتامة عدسة العين تحدث بعد سن (65 سنة) وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة به. إذ أن هنالك حالات من الماء الأبيض الخلقي أو حالات تشنج عن فورية شديدة للمصوب أو

تعرض العين للمواد الكيميائية السامة، أو الحرقلة الشديدة، وتطغى أعراضها
عقاة عدسة العين، وعدم وضوح الرؤية والإحساس بأن هناك حشاوة عسي
العينين مما يؤدي إلى الترسس المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون
الأصفر ومن أبرز الأعراض أيضاً الحساسية الزائدة للضوء والتوهج والتغير لون
بؤبؤ العين ويتم علاج الماء الأبيض عن طريق الجراحة حيث تستأصل العدسة
ويدرج مكانها عدسة بلاستيكية، أو تستخدم العدسات اللاصقة أو النظارات.

6. الحول (Strabismus): وهو إختلال في وضع العين أو إحداها، مما يؤدي إلى
صعوبة في رؤية بالإصالة إلى بؤبؤ العين، أو قد يكون الحول عرضاً من أعراض
حالات أكثر خطورة كأعراض الشبكية.

7. انفصال الشبكية (Retinal Detachment): وهو انفصال الشبكية عن جدار
مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، ومن ثم
يتسبب انفصال الشبكية عن الأجزاء التي تهمل بها. ويسبب انفصال الشبكية،
يشعر الفرد طبعاً في مجال الرؤية والآن شديدة.

8. نوع الحدة (Anisopia): يحدث بسبب تشوه وراثي، تسبب فيه الحدة نتيجة
لعدم تطور القرنية. يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء وضعف بصر.

9. تكس الخفية (Macular Degeneration): خلل في الشبكية يحدث فيه تلف في
الأوعية الدموية في منطقة الخفية، بسبب صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة،
والأشياء القريبة، وفقدان بصر مركزي.

10. البهق (Albinism): يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة، مما يؤدي إلى عدم
امتصاص الضوء الذي يمتد إلى الشبكية وسبب البهق هو خلل في البناء بحيث
يكون جلد الشخص وشعره أبيضاً وحياء رطلون والقرنية تكون شاحبة ولا
تنتج الضوء الزائد من التدخل إلى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية
مفرطة للضوء.

11. الرلأ (Nystagmus): وهي عبارة عن حركات لا إرادية سريعة في العين، مما يمنع من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي وغالباً ما يرتبط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.

12. التهاب الشبكية الصبغى (Retinitis Pigmentosa): يحدث تلف في العصي في الشبكية بشكل تدريجي، وهو مرض وراثي يصيب الذكور بنسبة أعلى من الإناث، ونتيجة لذلك، يحدث لدى الفرد عى ليلى ثم يصبح عمال الرؤية محدودة بالتدريج (Warren, 1984) (المصاىى وآخرون، 2003)

أسباب الإعاقة البصرية

يمكن تلخيص عمال أسباب الإعاقة البصرية فيما يلى:

1. الأسباب الخلقية: وهي انعكاس للعوامل الوراثية أو العوامل تتعرض لها الأم الحامل فتؤثر على الجهاز البصري للجنين. ويشير تشامان وآخرون (Chapman, 1988: ص 1) إلى أن حوالي 64٪ من الصعوبات البصرية المحتملة لأطفال المدارس هي نتيجة لعوامل ما قبل الولادة والجزء الأكبر فيها يعود لعوامل وراثية كمرض عمال الشبكية والتشوهات الخلقية وأمراض القرنية والماء الأبيض الوراثي، وحالات المالحق والحصبة الألمانية والمفريس

2. لأمراض التي تصيب العين وتعمها التراخوما والرمح الحبيبي والماء الأبيض و الماء الأزرق والسكري، ولقد سبقت الإشارة إلى مرض الماء الأبيض، أما بالنسبة للتراخوما فهي واحد من الأمراض المعدية المنتشرة في منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا حيث الأجواء الجافة والقفيرة التي تعتبر مائلاً ملائماً لانتشار جرثومة المرض كما أن تدني مستوى النظافة والوعي الصحي يسهم بشكل مباشر في انتشاره. يصيب التراخوما (المنحمة) وودي على جفاتها والغلاف الجون المصى بعمال، مما يؤدي إلى جروح في القرنية ينتج عنها صعوبات بصرية أو كعم كلي للبصر في الحالات الحادة التي لا تعالج مبكراً

3. الإصابات التي تتعرض لها العين كالصدمات الشديدة للرأس التي قد تؤدي إلى انفصال شبكية أو تلف في العصب البصري أو إصابة العين بأجسام صاعدة أو

تتم من الأطفال غير مكتسبي النمو إلى كميات عالية من الأوكسجين في الحاضنة مما يؤدي إلى تلف العنكية.

4. لإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة مما يؤدي إلى آثار جانبية وتطور هذه الصعوبات إلى درجة تشبه كما هو الحال في حالات طول البصر وتضر البصر والحول والله المزرق والمضاد. (الفريوتي وأخرون، 1995)

تشخيص الإعاقة البصرية

يتضمن تشخيص الإعاقة البصرية جانبين أساسيين هما:

1. الجانب الطبي.

حيث يتم عادةً تشخيص الإعاقة البصرية من قبل الأطباء والتخصص في فحص النظر من طريق قياس حدة النظر وبجمل الرؤية، وذلك من أجل تحديد درجة الصعوبة

وتقيس حدة الرؤية يتم عادةً استخدام لوحة سطن (Snellen Chart)، وهي لوحة تحتوي على عدة أسطر من الحروف، أو الأشكال تتناقص في حجمها من الأعلى، إلى الأسفل، تبعاً لنسبة مائة الفحص وهي عادةً (6) متر ويتم الطلب من الفرد المراد قياس بصره أن يتعرف على الحرف أو الشكل وأني حجم يمكن له قراءته وعادةً يتم استخدام الحروف ولكن الأفراد الذين لا يستطيعون القراءة يتم استخدام حرف (F) أو (C) لمعرفة الجهة المتعلمته. أما لقياس مجال الرؤية فيطلب من الفرد الجلوس مقابل الفاحص تماماً ويطلب منه أن يغطي عيناً وينظر بالعين الأخرى، فهو جهة الفاحص، ويعرض على الفرد مؤشر جاني يطلب من الفرد التعرف عليه.

2. التقييم النفسي.

حيث يحتاج الفرد المعاق بصرياً إلى تقييم نفسي وذلك من أجل تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لديه لتحديد احتياجاته التربوية الخاصة من أجل تحديد البرنامج التربوي والبدلي التربوي المناسب له. هذا وتحدد الإشارة إلى أن الكشف والتدخل العلاجي المبكر يعتبر ذا أهمية خاصة من الناحية التربوية في العمل مع ذوي الإعاقة البصرية، ويسمى يكون من السهل اكتشاف حالات الإعاقة البصرية الخاصة وأن الكشف

عن لإعانة البصرية الأقل حدة يتطلب اعتماداً من أولياء الأمور والمعلمين، وفيما يلي عرض لأهم المظاهر السلوكية التي تدل على احتمال وجود إعالة بصرية

- 1 إحرار العين المتكرر والمستمر
- 2 كثرة الإدماع ووجود المرزقات غير طبيعية في العين.
- 3 وجود عيوب واضحة في شكل العين ومظهرها
- 4 حركة رالدة في العين، وصعوبة في التركيز
- 5 الحيلولة عند النظر إلى شيء معين
- 6 وضع غير طبيعي للرأس عند القراءة أو الكتابة.
- 7 تقريب المادة المقروءة أو أبعادها بشكل واضح.
- 8 فرك العين عند محاولة تمييز الأشياء.
- 9 التمر والاحتدام بالأشياء أثناء المشي، أو الحذر الشديد
- 10 صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة
- 11 تكرار الشكوى من الصداع
- 12 كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة فيما يتعلق بالحروف أو الكلمات المشابهة
- 13 إظهار صعوبة في إتقان الكرة.
- 14 صعوبات حركية (Hallaboom & Koeffman, 1991).

خصائص المتوقنين بصرياً

كما لا شك فيه أن معرفة خصائص الأفراد المعوقين بصرياً أمر ضروري للمعلمين وأولياء الأمور وذلك من أجل التوصل إلى أفضل الطرق والأساليب للتعامل معهم بفاعلية. وهنا نجد الإشارة إلى أن المعوقين بصرياً هم كثيرهم من الأفراد ليس مجموعة متجانسة، إذ أن بينهم فروقاً فردية، ويختلفون في خصائصهم واحتياجاتهم تبعاً لطبيعة الصعوبة البصرية ودرجتها، والتي حدثت فيها.

وفيما يلي عرض لأبرز الخصائص المميزة للمعوقين بصرياً كمجموعة، كما أظهرتها نتائج الدراسات المختلفة والملازمات الإكلينيكية.

أولاً: الخصائص الجسمية

يترتب على الإحاطة البصرية المختلفة آثار غير مباشرة على بعض الخصائص الجسمية وأخرى. ففي حين نجد النمو الجسدي في الطول والوزن يسير على نحو لا يختلف عن نمو الأطفال البصريين، فإن بعض القصور في مهارات التناسق الحركي والتأزر العضلي نتيجة محدودية فرص النشاط الحركي الناتج من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد لتكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية. ونظراً لإحجام معظم المواقف بصرياً عن المشاركة في الألعاب التي تتطلب سرعة في الأداء واستخدماً للمعضلات الكبيرة كمسابقات الجري أو كرة القدم فإنهم يتعرضون إلى خلل في توازن استهلاك الطاقة وقد يكون سبباً في تسريع لظاهرة السمنة في أوساط المكويين، وهذا القصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً يرجع إلى الأسباب التالية:

1. نقص الخبرات الحسية والتي يتج عن:
 - أ. محدودية الحركة
 - ب. نقص المعرفة بمكونات البيئة
 - ج. نقص في التقايم والعلاقات التكتيكية التي يستخدمها البصرون.
 - د. القصور في تناسق الإحساس الحركي.
 - هـ. القصور في التناسق العام.
 - و. فقدان الحافز للمغامرة.
2. عدم القدرة على المحاكاة والتقليد
3. قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.
4. لحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور والتي تعيق الطفل عن اكتساب خبرات حركية مبكرة.
5. هرجة الإبصار، حيث تمنح القدرة على الإبصار للطفل فرصة النظر إلى الأشياء الموجودة في بيئته والتعرف على أشكالها وألوانها وحركتها مما يؤدي إلى جذب

وإثارة اهتمامه بها فيدفعه هذا إلى التحرك نحوها للوصول إليها، فبمساعدة ذلك على سمية وتقريب مهاراته الحركية في وقت مبكر، أما في حالة الطفل معاق بصرياً فإن عدم رؤيته للأشياء الموجودة في بيئته يحد من حركته الدالية بإلغاء الأشياء وذلك فنياب الاستشارة البصرية. (مسالم، 1988)

وعليه يتصح الأهل والمعلمون بتوجيه درجة مناسبة من الاعتماد لتعليم المعالين بصرياً لأنشطة الحركية المخططة ونشجعهم على مشاركة وملاهم في ألعابهم غير الخطرة. وعلى المدرسة أن تعمل على توفير الأنشطة الرياضية المعتدلة بحيث تصبح للمعوقين بصرياً فرصاً أكبر للنشاط الحركي. كما يجب أن يهتم المنهج الدراسي بتدريب المعوقين بصرياً على الانتباه في البيئة وسيعم تناول هذه الفضة لاحقاً

ومن الخصائص المميزة للسلوك الحركي لدى المكفوفين ما يعرف بالسلوك الحركي النمطي للزمامات الحركية (Stereotypic Behaviors) من مثل الحركة المنمّرة بأجزاء العلوي من الجسم إلى الأمام والخلف (Rocking)، أو استمرار حركة العينين، أو اللعب بالأصابع، أو ضرب الركبتين ببعضهما أثناء الجلوس وما شابه ذلك من حركات وفي السابق كان يعتقد أن مثل هذا السلوك النمطي يقتصر ظهوره في أوساط المعوقين بصرياً لكنه في الحقيقة يظهر أيضاً لدى المفلّحين عقلياً والأفراد الذين يعانون من مشكلات سمعية (الفرجوني وآخرون، 1995)

ثانياً: الخصائص العقلية للمعوقين

لا يكون تأثير الإعاقة البصرية على النمو العقلي واضحاً في الأشهر الأولى من العمر، ولكن مع تقدم العمر وتطور الحاجة إلى معرفة البيئة المحيطة يتكون لدى الطفل صعوبة في حلّ المشاكل والمرونة، وذلك بسبب محدودية الخبرات البديهية يجد الطفل المعوق بصرياً صعوبة في الوصول إلى الأشياء الصغيرة جداً والكبيرة جداً وكذلك لأشياء البعيدة، بالإضافة إلى صعوبات في مفهوم اللون والعلاقات المكانية ومفهوم الوقت والمسافة.

ولما يتعلق بالقدرة العقلية لدى الأفراد للمعوقين بصرياً، فإنه لا بد من الإشارة أن هناك صعوبة في قياس ذلك هؤلاء الأفراد بدقة، إذ أن معظم اختبارات السكاء لا

يمكن تطبيقها عليهم بسبب عدم ملائمتها، وعدم دقتها، لأن الإختيارات المتوافرة قُنتت واشتُعت معاييرها على الأفراد البصريين. إن بعض الفاحصين يستعملون الجانب العقلي في مقاييس الذكاء المشهورة كاختبار وكسل للتعرف على ذكاء المعوقين بصرياً وتشير كثير من الدراسات إلى أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء الأفراد المعوقين بصرياً والبصريين.

هذا ويظهر الأفراد المعوقين بصرياً مشكلات في مجال إدراك المفاهيم، والتصنيف لمعلومات، انجراف على العكس من الانتباه السعسي والذاكرة السعسية التي يتفوقون فيها. وتشير الدراسات إلى أن المعوقين بصرياً لديهم معلومات أقل من أقرانهم وأقل قدرة على التخيل، والتأثر في تعلم المفاهيم متوافرة بالمعوقين.

يختلف درجة تأثير الإعاقة البصرية على النمو العقلي تبعاً لشدة الإعاقه وضعف البصر الذي يسمح بدخول ولو قليلة من الرؤية يؤدي إلى تغييرات ذات أهمية فيما يتعلق بالمعلومات المتوافرة للطفل المعوق بصرياً، على عكس كفا البصر الذي يحرم الطفل من الحصول على المعلومات من البيئة. من هنا فإن برامج المعوقين بصرياً في هذا مجال تركز على تشجيع ضعاف البصر، أو من لديهم رؤية متبقية، أن يتم استخدامها بأقصى درجة ممكنة. هنا بالإضافة إلى أن وجود مثل الأهل يمكن أن يساهم أيضاً في أحد من النمو العقلي من طريق الحسية الذاقة التي تمنح الطفل من القيام بساكن مستقر للتعرف على البيئة (الصباحي وآخرون، 2003، ص 24-122).

ثالثاً، الخصائص اللغوية

من المعروف أن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة لذلك فإن تأثير الإعاقة البصرية على النمو اللغوي محدود، حيث أن ضعف حاسة البصر أو حتى فقدانها لا يعتبر من العوامل التي تحد من تعلم الطفل للغة أو فهم الكلام، إلا أن هناك بعض الخصائص اللغوية المرتبطة بالإعاقة البصرية، فعلى سبيل المثال نجد الإعاقة البصرية من قدرة الفرد على تعلم الإيماءات والتعبيرات، كما أن نسبة تسرع المشكلات في لفظة بين المعوقين بصرياً أعلى منها عند البصريين نتيجة لحرمانهم للملاحظة وعدم التحدث لتعلم النطق الصحيح.

إن الكثير من المعاقين بصرياً يعانون من بعض الاضطرابات في الكلام واللغة وذلك رغم ما أشار إليه لورويلفيلد (Lowenfeld) بعد مراجعته لمجموعة من الدراسات التي جارت حول هذا الموضوع من أن المعلومات عن ظاهرة اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال المعاقين بصرياً إما هي مستقاة من عينات من الطلاب المعاقين بصرياً، المتجهين في المدارس الداخلية، وأن هؤلاء الطلاب لا يمكن أن يمثلوا فئات المعاقين بصرياً، ولهذا فإنه يجب أن نأخذ هذه الخصائص بعين الاعتبار وأن لا نطبقها على جميع المعاقين بصرياً بكامل فئاتهم ودرجاتهم. ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانونها بعض المعاقين بصرياً والتي أجمت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:

- الاستبدال: هو استبدال صوت بصوت كاستبدال (ش) بـ (س) أو (ك) بـ (ق).
- التشويه أو التحريف: وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغير معناها وبالتالي عدم فهم ما يريد قوله.
- العذر: يتصل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحفظة الذي يتكلم عنه.
- عدم التغير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.
- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث والذي يمثل بعدم التغيرات أو التحويين في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.
- القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
- ((اللفظية)): الإفرط في الألفاظ على حساب المعنى، وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الفعلي للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة فيعتمد إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ على سطح أن يحصل أو يوضح ما يريد قوله.
- قصور في التعبير، وينتج من القصور في الإدراك البصري لبعض المساهمين أو العلاقات أو الأحداث وما يرتبط من قصور في استخدام الدلالات اللفظية التي نخرج عنها (مسلمان، 1988).

وأخيراً الخصائص الاجتماعية والانتكالية

يتأثر التوافق الاجتماعي للمعوق بصراً بفرص التفاعل الاجتماعي المتاحة من جهة ودرجة تقبل أو تكيف الفرد مع إحاقته من جهة أخرى، وتعتبر الإكراهات الاجتماعية حيال المعوقين بصراً وطبيعة التدريب الذي تلقاه المعوق بصراً من العوامل الأساسية في إضفاء فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة، وفيما يتعلق بالانكفاءات الاجتماعية السائدة حيال المعوقين بصراً في المجتمعات الغربية فهي متناقضة في نتائجها، ويصعب على المبررين التعرف على المعوقين بصراً من كلب حتى يتوصلوا إلى درجة أكثر موضوعية من قدراتهم وإمكاناتهم، لما فيها يتمثل في طبيعة التدريب الذي يتلقاه المعوق بصراً الذين يطلقون خدمات ترميمية في المدارس العادية أكثر ثواباً مما يوضعوا في مدارس التربية الخاصة أو للتفرس الخاصة.

إن التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية لا يقوم فقط على الاتصال اللفظي وحتى الاتصال اللفظي نفسه يتضمن الكثير من المضامين الرمزية التي يعبر عنها بتعبيرات الوجه ولحسون والإشارات، والتي تضمني على التفاعل اللفظي معنى وقيمة أكبر وللمعوق بصراً يحكم طيبة إعلقتهم يواجهم قصوراً في مختلف أبعاد ذلك التمتع الرمزي غير اللفظي.

أما من الناحية النفسية، فقد عمو النفسي للطفل المعوق بصراً لا يعتمد على النمو النفسي لدى المبصر، والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأفراد لمولين بصراً لا تختلف عن تلك التي يتعرض لها المبصرين، إلا أنهم أكثر عرضة للطفل مما يواجهم من مشكلات سلبية عنيفة بسبب فقدان حساسة البصر، خصوصاً في مرحلة المراهقة نظراً لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي وما يواجهم من صعوبات في تحقيق درجة عالية من الاستقلالية، وهذا ولعب الأهل دوراً هاماً في البناء النفسي السلي لأبنائهم المعوقين بصراً لذلك عليهم تجنب الحماية الزائدة للطفل المعاق بصراً وتدريبه على القيام بالأمهام المختلفة أسوة بأخوته المبصرين، وبمكسر ذلك سوف يساهم أهل في ظهور مشاكل لدى الطفل المعوق بصراً من الناحيتين النفسية والاجتماعية.

ثامناً: المصاحف الأكاديمية

من المعروف أن الإعاقة البصرية تؤثر على الجوانب التربوية التعليمية للأفراد المصابين بها. ولكن بشكل عام لا يختلف الموقفون بصرى عن قترانهم الصاعدين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم والتفهم المدرسي، مقياساً بالإحاطة من التباين وأصناف التدريس والوسائل التعليمية المستخدمة، لكي تتلاءم مع الحاجات التربوية الفردية لهم.

إن ضعف البصر أو كفه، يحد من قدرة الطالب على التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الطالب البصر. إن درجة الإعاقة البصرية لها دور أساسي في تنظيم أي برنامج تعليمي. فالطالب المكفّف الذي سوف يعتمد على حاسبي التلمس والسمع، يختلف في حاجاته وأصناف تدريسه عن الطالب الذي يعاني من ضعف في البصر. ويستخدم الإبحار في عملية التعلم، وإنما يحتاج إلى وسائل معينة، كذلك الس الذي حذب به الإعاقة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أيضاً. (Barraga 1983).

إن من أهم النتائج للوصول إلى عمل ما هو معرفة كيفية العمل مع الحالة بشتي لأصناف والطرق العلمية المتاحة، سواء مهارات الاتصال المباشر أو عبر المياثر والمهارات المناسبة الأخرى ومن ثم وضع التعليم التربوي المناسب والذي على أساسه يمكن عمل الأهداف بعيدة المدى والعمل على التدخل التربوي السليم لتحقيق أفضل أداء للتدخل التربوي المبكر والسليم.

مشاهير المؤلفين عند ولادة طفل أصم وكفوف

عندما يولد الإنسان وهو ذاك الطفل المطلق يواجه والداه تجربة لم يجبلوا بها ولم يستعدوا لها نحن نحتاج لبعض الوقت كي ننتق الأفكار لكننا نحتاج لمعلومات عاجلة وأطمئنان نحن نلحق بشأن المستقبل كيف مستطير، كيف سيكون طفلنا عندما يكبر؟.

يقول علماء النفس أنه بعد ولادة طفل مصاب يعاني الآباء من اضطرابات عاطفية عند مواجهة هذا الوضع الجديد الذي سيؤثر على أساقم وطموحاتهم وأسلوب حياتهم، ربما نحن كذلك دون وهي وبعض الوقت لكنني متأكد من أن محققنا سيستفيد توازنه بصورة أسرع إذا ما استطاع الاتصال بشخص صاير تجربة

مائلة بأكبر، شخص يستطيع ان يؤكد لنا ان الوضع ليس سيئا كما نصوره وأنا متجدد القوة للتصرف عند الحاجة، وإن ما يقوله الآخرون يعتمد كثيراً على مظهر طفلك، وإن الطفل بطء سيكون كافي لطفل آخر.

يجل لنا أن نشعر بالذمار وإن تكي قليلاً، وإن نشعر بالاضيق وبالحسرة فلنحس بشر هذه مشاعر طبيعية، إنها تساعد إذا استطعت التحدث لشخص منهم ويستطيع أن يخبرك من خبرته ويحكى أن يكون هناك (حباط، شكوك، أسف، وحشة، وحتى فشل في الأشهر أو السنوات القادمة سيكون هناك لحظات متعة كبيرة، استغراب، وإعجاز عندما توجه لخدتي بروح ونجاح.

بالنسبة لطفلتنا الماتق يجب أن نراعي أولاً التفكير بما نصوره انه قادر على فعله أكثر من حدود قدراته، عطفة سيفعل أكثر مما نترقبه.

لكن حدة لا يعتمد كثيراً عليك، لا يهم كيف يساعد الآخرون طفلك خلال حياته (وسيبكون هناك الكثير)، لا أحد سيؤثر عليه بصورة دائمة أكثر منك، والده وعائلته.

سيكون ذلك أكثر أهمية خلال السنوات الثلاثة الأولى هذه الفترة حيث يكتسب كل الأطفال مهارات يستطيعونها لاحقاً لتدريب أنفسهم ولتمكنهم من إقامة علاقات مع الناس الآخرين وصيحوهم اجتماعيين.

الأطفال يستطيعون أن يروا عندما يولدون، لكنهم يحتاجون زمناً لتعبير ما يرون، ومدة أطول للملاحظة والتفريق بين الناس وبين الأشياء حتى يكون لكل واحد هويته، بالرغم من أن الأطفال يستطيعون أن يسمروا عن الولادة (وحتى قبلها كما يعتقد) عندهم أن يميزوا معاني الكلمات التي يسمعوها وإن تعلموا كيف هذه الأصوات بأنفسهم قبل أن يتمكنوا من الاتصال معنا بواسطة الكلام (هذا يحتاج سنين أو ثلاثة).

عندما يولد الطفل يكون له حركات لتمكانية تلقائية ووحده يعلمه تدريجياً التحكم بها حيث يتقل ويتجول ويفهم بالأشياء بنفسه.

عندما يولد الطفل لا يعرف نفسه كشخص مستقل عن الآخرين فهو حلال التفاعل المبكر مع والدته يتعلم كيف يتم علاقات ويتسبب لأعضاء عائلته الآخرين وغيرهم، يتعلم كيف يتحكم بمشاعره ويلتزم بأخلاق المجتمع الذي يعيش فيه، فقط عندما يتكسب الطفل التعلّم المبكر والمهارات الاجتماعية يستطيع ان يبدأ اعادة كشخص صغير مستقل التفكير في حقه كما يلاحظه عندما يكون عمره خمس سنوات.

بالنسبة للطفل الذي يعاني نقصاً في سمعه وبصره منذ الولادة يكون تعلم المهارات ضرورية كما هو الحال لأي طفل آخر، انه من الظاهر جداً أن يكون النقص في البصيرة كلياً، لذلك عليك أن تتأكد من أن يستفيد الطفل بما تبقى له من قدرات على السمع أو البصر بقدر ما هو مهم لاستخدامهم وإثبات ثيقه بأقل قدر ممكن.

هناك فرق بين الكلمات تعلم القدرة والإحاطة يجب أن يكون واضحاً في أذهاننا، فعدم القدرة تصف الضرر مثلاً الصمم والبص.

يسا الطفل الأصم للكفيف رغم العجز الذي لديه، فهو أيضاً يمتلك قدرات تنص بعض الرؤيا أو السمع القيد

حتى يحصل على الفرصة لتعلم كيفية استخدامهم نحن نعلم لأي مدى سيعينه عجزه، علينا أن لا نستثنى هذا القدرة، نميز الفرق بين طنين الاسمين يدرك، بان يركز على ما يملك، الطفل أكثر من محاولة لإصلاح الخسارة.

في الماضي الكثير من الأطفال الصم المكفوفين شخصوا كمعاقين حلقياً ليس ان يعطوا الفرصة لتطوير مهارات التعلّم المبكر وان هذه التوقعات ونتيجة لذلك م يطوون قدراتهم، وهو ملوا كأنهم غير قادرين على التعلّم، تمكنا حلولة لانه يوجد مزج كبير بين الصمم ودرجات ضعف النظر إذ يوجد دائماً صعوبة بصيرة ما تعينه من اسم (الأصم المكفوف)، عادةً حينما توجد عدم قدرة مزهوجة منذ الولادة، كل الأطفال، المعاقون يعانون علاجاً شاملاً بهم والتي مسألته في هذا الفصل من الكتاب للبدء به.

على كل حال إذا كان الطفل قادراً على تعلّم كيفية استخدام بصره بصورة كافية تسمح له بالاتصال بصرياً مع تقريب مبكر على (قراءة الشعلة) لمدة الشفاء.

صوب، لإمضاء ثمر لفة الإشارة)، من المحتمل أنه يمكن تعليمه كطفل أصم إذا كان مع تدريب ويكر يستطيع تعلم الصم الكافي للالتزم للاتصال بأملوب المائدة من الحصول تعليمه كطفل عاجز بصرياً أو أصم إذا كان عاجزاً يعاني تلقاً من الإحساس بالعلم دون مساعدة، هذا سيكون بحاجة لتعلم خاص جداً بالأصم المكفوف عندما يصل عمر المدرسة.

لذلك مهارات التعلم الفكر وتدريب السمع والبصر المثلي هي أهداف أساسية لمساعدة طفلك مهما كانت درجة فقدان السمع والبصر، أنه من المهم أيضاً أن تلفت مولفاً انتباهاً المهمة، وهو بحاجة للحب كأي واحد مثله والمشاركة وتعلمه ولتسره، هو يحتاج لرعايتك لكن ليس لمعاية مبالغ بها، وعملنا لذلك فذلك ستعمره فرصة الاكتشاف، لمشاركة عمل الأشياء نفسه عندما يكون مستعداً، لأخذ قرارات لنفسه حتى عندما تكون النتيجة ملية يمكن أن تكون ذات قيمة فعلية أن يصبح شخصاً مدركاً لمس القليل في بعض الأحيان كما هو النجح، ليعلم المخزن كما هي السعادة عليه أن يتواءم يتغير، وأكثر شيء أن يكون هو كأي شخص منا بالرغم من أنه بالنسبة لنا كوالدين من السمع أن يبقى هؤلاء الأطفال كأطفال.

أيضا فإن الطفل المرافق عضو من العائلة من المحتمل تقريباً أن تقسم وقتك بالنسبة بين الأطفال المرافقة عندما يكون أحدهم القليل قدوة من الآخرين وحب يوجد الكثير من أصمالية التايه اليومية، لكن عند وقتك خولجنا للتمتع مع المرافقة عندما يجين الوقت يجب على الطفل المرافق أن يؤدي دوره الصخير ويساعد الآخرين وهذا جزء من استقلاليتهم لأننا نعتقد إننا ستكون دون فائدة وإن كنا لا نستطيع أن نرى أو نسمع (لأننا معتادين على استخدام هذه المهارات)، نميل للاعتقاد بأنه من المهم للطفل الأصم المكفوف أن يكون بالنسبة لذلك نندفع لمساعدته ونضع هذا الدور ضمن العائلة فمن يستطيع أيضاً بسهولة أن ننكر فرصة للتعلم بلقدمة نفسه لإيجاد حلول لمشكلتنا والتي نسامح بنمو شخصيتنا واستقلالنا، وهذه حقيقة لا تقل أهمية من الحافلين

كل وقت يستطيع ان نسمع فيه للطفل الاسم المكتوب ان يستخرج حلا لمشكلته، يتعلم نموذج تصرف جديد يستعمله في المستقبل في ظروف مشابهة، كل وقت نحرمه به من فرصة يتعلم الاعتماد عليها ولكن يتعلم شيئا جديدا، كل وقت نرفع فيه له بنظونه دون ان نعلمه كيف يعمل ذلك بنفسه نحن نخلل من احتمال تعلمه تغيير ملاحظته بنفسه.

نقط عندما نقضي حياته ويظهر لك ما يستطيع ان يفعله بشكل جيد فإنيك لنترككم هي إمكانيات طفلك كثيرة، لذلك لنبدأ حقائق متضادة على مداد إعاقته بسبب عجزه في التجمع الذي هو جزء منه، وبالتحديد ان حصل على بداية جيدة ولعلمهم صحيح يقرر نموه العقلي.

بالطبع ان تكون وحيدك من يساعد في تطوير جهود طفلك، سيكون هائل اناس من مختلف الرغائب يشركونك هذه المهمة، تحتاج ان مساعدتهم وعيك أبدا ان تحاف من طفليها مساعدونك، لكنهم سيكون من مساعدتك بشكل افضل ان أنت مساعدتهم.

ان تعرف طفلك أكثر من أي انصافي كان لأنك تعيش معه 24 ساعة كل يوم 7 أيام في الأسبوع، 52 اسبوع من كل سنة، فأنتم والقلة الخبراء في طفلكم واليوم لأخصائين يدركون ذلك أكثر من أي وقت مضى وهم مستعملون للاستماع لسماعكم لذلك تأكدوا من انكم تقولون أفكاركم، ملاحظاتكم وأمانكم لأطفالكم كل انزلت فهذا أساسي لتخطيط تعليمه وتدريبه في كل مرحلة من حياته.

الأشخاص الذين يصطرون مع الصغار اختاروا هذا وهم قادرون على الاستماع لي أي وقت يرغبون (بالرغم من أنهم نادرا ما يفعلون، بارك الله لهم).

أنت لك تختار ان يكون لك طفل معاق ومسؤولية رعايته ومتابعة دعم حقوقه (حتى يفعل ذلك بنفسه) كما لو ان لم يكن معاقا، نحن الأهل لا نقبأ

في الماضي كأهل كانت بعض من واجباتنا توكل لل أخصائيو لأننا لم نكن ندرك أهمية دورنا في حياة الطفل المعاق، الحمد لله ان بعض الجمعيات القديمة قد

اختصت وإن الأهل اليوم يعملون كمعلمين لأطفالهم مع حقهم في الحصول على المعلومات التي تمكنهم من أداء هذه المهمة بصورة جيدة.

الأطباء وأخصائيي الأطفال هم أول من يهتم بطفلاً أولاً ونحن نعتمد عليهم في الحصول على المعلومات عن مدى الإعاقة، بعض الأحيان هذه الأحوال تتغير فالسمع يمكن أن يثنى وحالة البصر يمكن أن تتغير، الفحوصات الدورية هذه أخصائي السمع والبصر أساسية لتزويدنا بالمعلومات اللازمة لتخطيط وتفيذ البرامج المناسبة.

على كل حال بما أنه ليس من طريقة لمعرفة كم يستطيع الطفل أن يستخدم بصره وسمعه الضعيف حتى نرى كيف يستجيب للتجارب التي نعرضها عليه، علينا أن نحذر من الفشل بأي تكهنات نعرض؛ فقط الوقت هو من سيخبرنا ولأسهل هو سيرتنا في الحياة.

سيبحث معك الأطباء للحصول على معلومات وكل شيء تجربهم به سيعايدهم في ذلك تشخيص حالة الطفل واختيار الوسيلة التي يحتاجها للمساعدة (نظارات أو وسيلة سمع الخ)، والاستمرار بتقود صحته العامة، والطفل اندي لا يعتمد سيجد من الصعب التعلم.

لنعمرون هم أشخاص مهمون في مرحلة الطفولة وللندوة في حياة الطفل فهم يبدون المجرة بين البيت والعالم هم يعلمون المهارات التي يحتاجها الطفل والمتابعة المستمرة التي يجب أن تتوفر خلال نموهم (عقليا وجسديا) هم يعلمون كيف يسود كل مرحلة حسب تركيب المرحلة التي نعيشها ونكون طاقاً وأصحاء من النظائت التي يحتاجها الأطفال المتأخرين.

انتم كأهل لا تستطيعون عمل ما هو أفضل دون مساعدتهم، المعلمون لا يستطيعون استثمار معرفتهم ومهاراتهم إلا إذا شارككمهم بمفهومكم الخاص بطفلكم، يجب أن يكون هناك علاقة حثيثة في تخطيط الأهداف والاختيارات للبرامج التعليمية كي يكون هناك استمرارية في كلا الجانبين.

من وقت لآخر سوف يقيم طفلكم ربما بواسطة فريق يتضمن أطباء خبراء نفسيين، معلمين وأخصائيي حركة وآخرون، الهدف الرئيسي هو تحديد مستوى التطور الذي وصل إليه الطفل والاعتماد بالعلاج القادم موقع التعليم الخ . . .

الأعضاء الأكثر أهمية في فريق كهذا هم الآباء والأمهات إن كان صحيحاً أن تكون جزءاً من الفريق وتأخذ قرارات دون الخط بوابك طفلك إن فعلت ما يناسب الظروف المحددة فلا تقل ما تشعر أنه لا يناسب طفلك دون مناقشة الأمر

حسب فرائز التعليم عام 1981 فإن القوانين الخاصة بتعليم العائدين قد تغيرت حالياً، منذ نيسان 1983، ألغيت بعض البنود الفردية واستبدلت بتصنيف الأطفال حسب احتياجاتهم الخاصة عند مواجهة صعوبات التعليم. سلطات التعليم المحلي في الولايات المتحدة الأمريكية قامت بوضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس عادية. وروديهام بمدارس التعليم الخاص في مدارسهم، هذا الإجراء يتطلب منهم التأكيد على المدارس بأن تقوم بتقييم خاص لكل الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم، إذ، كانت سلطة التعليم المحلية تتبرر الطفل الذي هو أقل من 6 سنوات بحاجة لعلاج تعليمي خاص، الأهل يجب أن يعلموا أن يأخذوا رأي سلطة الصحة المحلية بعين الاعتبار

ويجب أن يعطي الأهل أسماء وعناوين لميمات التطوعية المناسبة التي يمكنهم أن يساهمهم

سوف تحفظ حقوق الأطفال الذين يواجهون صعوبات تعلم كبيرة حسب قانون ذوي الاحتياجات الخاصة الجديد الذي يصف ويحدد كيفية التعامل معهم

سيكون هناك دور أكبر للأهل في تقييم أبنائهم وتحديد مكانتهم، سوف يساهمون في وضع القوانين بكتابة آرائهم، كل المعلومات التي تزودها سلطة التعليم المحلي لمساعدتهم في اتخاذ القرارات يجب أن تتوفر للأهل كجزء من الدستور وحسب قانون سيسلم الأهل نسخة من الدستور تتضمن التعليم والرعاية الصحية، النفسية وتقرير أخرى

مناقشات بين الأهل والمختصين خلال التقييم لها أهمية جوهرية.

سلطة التعليم المحلي يجب أن تتخذ الإجراءات اللازمة للأهل، فكن متأكدا من أنك تعلم حقوق طفلك كمتخصص معاق وحقوق كوالدين له

غالبا ما يكون المجتمع قسريا وتصرفات الآخرين مدمرة للعشائر وأصاوب الحياة للأطفال، مصانين وعائلاتهم أكثر من الإعاقة الفعلية

لا زال المجتمع يامل الماعين بحمير بالرخم من أن الحاضر يميل لدمهم لي المجتمع ويظهر تلهما أكبر لسانتهم به، إذا كان هذا الكلام لا بد أن يقال ولو سرا وحناء فإنه حقا نشاهدات المتخلفة من شخصي لأخر فزن معرفة وشخصية الحاضر لا تترك مجالاً للأعداء.

لا مشاورة موجودة، لكن تبقى هناك حاجة مشمرة لتزويد الأصل بمساعدة إضافية للمعاجين المشرة القروضة عليهم خلال فترة ما قبل المدرسة

في الحاضر لا زال هناك نقص في الصانين والتوجيه في تدريب الأشخاص الذي لا يمكن لطفل أصم مكثوف أن يصل إلى قدراته الكاملة يقومه، لا زال هناك نقص في الاستعداد الو الفوازم للتحرك من المدرسة بالجهاد العالم ولا توجد جهود لتوظيف الأصم المكثوف وتأهيله اجتماعياً لازنا تأمل مع الوقت أن يهل طفلكم هذه المرحلة، سيكون هناك خيرات كبيرة في مناطق هذا البلد وإن لم يكن كذلك حليت أن تنظم للمعركة التي يبلها الأهل الذين هم مطل من وقت طوعيل للمصنول على حقوقهم.

لكن في الوقت الحالي فإن طلقك الأصم المكثوف ما زال طفلاً وما زالت الحياة إمامة، ستكون منهجاً عندما تختفي إعاقته ويطلب عليها، أنا أعلم أن أهلي الصماء الصماء معاقلة، معاقلة جداً بسبب صممها وعماها (بسبب نفس المساعدة المبكرة التي توفرت لي عند إعاقتها)، لكني لا أنكر كمعاقلة (لني أنكر بها كابني

عندما دريت ودوست أطفال متحتدي الإعاقات في فترة ما قبل المدرسة، معادلتهم أكثر عندما سببت إعاقتهم وأصبحوا أطفالاً كلهم بتشخيصاتهم المبهمة

أولاً وقبل كل شيء فإن تلك الأسماء الكيفية هي إنسان وحسمه وعماء جزء منه ولا ينقص ذلك من إمكاناته هو عضو من أعضاء عاليتك ليس أقل من أي طفل آخر، ربما يسبب لك بعض المشاكل الخاصة، لكنه سيوفر لك معة خاصة أيضاً
أشبهه وساعده كي يعلم أن يكون مستقلاً قدر الإمكان وأن لا يعتمد على
الفضل منكم

الآن يأتي السؤال الأكثر أهمية كيف لهذا

مشاكل وحاجات الطفل الأسماء الكيفية (تمثيل الحواس)

كل معرفة التي نمتلكها حصلنا عليها من خلال حواس الحس، وهي حاسة
بذكرنا أولاً كصور وتانية تكلمات فهذا يسمح بتخزين أكثر فاعلية.
النس والشم والطوق تعني الحواس القريبة لأن المعلومات التي تتلقها هي
نتيجة الاتصال المباشر بالجسم

وبعدا المعلومات الأكبر مستقلاً من خلال بصرتنا وسمعتنا، بالإضافة إلى
معلومات القريبة فهاتان الحاستان تخبرتنا بالاشياء التي في البيئة حولنا دون الحاجة
لنفسها أو القرب منها أو الانحراف فيها يمكن أن تكون بدون صوت أو رائحة نك
نراها مثلاً (الاشياء على الجبل) نستطيع أن نرى ما يقوله الآخرون ومن خلال
بصرتهم نستطيع أن نحدد ما فعله نستطيع أن نسمع الأشياء دون رؤيته مصدره
(الرائحة في غرفة مجاورة)، نستطيع أن نسمع الأفكار الحسية للآخرين وأن نعلم كيف
يبدعون وما يسمعه يؤثر بطريقة تفكيرنا ونصرفاتنا.

من خلال التسمع نعلم كيف نعيش الأصوات وأن نعرف من تلكا الخاصة وأن
نصل بالآخرين خلال هذه الوسيلة.

■ الحركة:

للاستجابة لهذه المعلومات التي مستطيلها يجب أن تتحرك الكلام هو حركة
المشي، الكتابة، كل شيء نعله هو نتيجة حركة بعض الأجزاء من جسمنا، وهم النبا
نكتشف أن ما نعله بحسنا هو القيام بردة فعل.

نحن أيضا نستقبل معلومات حول كيف تتحرك عند رؤية ألعاب الآخرين أو
مجامع ما علينا أن نعله.

• السمع والبصر لديهم وظائف خاصة:

لا توجد حاسة تستطيع أخذ كل هذه المعلومات مرة واحدة مثل البصر، أنت
لا تستطيع أن تشمر بكل الشيء مرة واحدة بنفس الوقت، لكنك تستطيع أن تراه
جدا.

بعض المعلومات البصرية لا يمكن استيعابها بواسطة الحواس الأخرى،
لأشياء الكبيرة جدا والخطيرة جدا مثل النار.

لسمع أيضا له مميزات فريدة فهو الحاسة الوحيدة التي نحفي حرقها حول الزوايا
ونكون جاهزة لاستقبال عدة أصوات في وقت واحد.

مثلا نحن نستطيع أن نستمع لشخص يتحدث بينما نكون ملوكين أن الرامبو
يعمل في المرة الأخرى والطفل يركي في الطابق العلوي.

• المعلومات:

المعلومات التي تأخذها من حواسنا مع تدورنا على الحركة هي التي تسمح
لنا بناء صورة ثابتة لعالمنا الذي نتعامل معه ونشارك فيه بقة.

بوجود ضعف في البصر أو السمع فإن الطفل الأصم المكفوف تكون مصادر
معلوماته معدومة وناقصاً جداً ما يجد خسارة كاملة لكلتا الحاستين، لذلك سيحصل على
بعض المعلومات الغير كاملة أو المخرقة.

لذلك فإنه لن يتكسب صورة ثابتة عن العالم الذي يعيش فيه ولا الطفل الذي
سيحتذي به، هو لن يعلم ما يحيط به أو ما يدور حوله أو حتى أنه جزء منه، عالمه
يمكن أن يكون مشوشاً إلا أننا قد نعلمنا وزدناه بالمعلومات المنطقية والمقبولة له.

أن لم نلاحظ سيكون عالمه هو جسمه ولا شيء يوجد خارجه، ولن يكون
هناك سبب للاكتشاف والاتصال سيخلق استقراره بعمل الأشياء غاتها كل مرة

تقليد بسيط فطوري من حيث أو لية واحدة يلعب بها بعض الطريقة يوما بعد يوم، هو لا يشكل صورة حقيقيه من العالم، الأشياء التي تعني له شيئا فقط كما تعبه أو تناسب معه عالمه.

نحن كنهنا نفقد للكمي بين نفسه وبين الأشياء من حوله ولا يمثلنا أي دافع للاكتشاف أو لإقامة علاقات، ليس من السهل لطفل أصم مكفوف أن ينفرد في عالم حيث يعتمد فيه الآخرون على بصريهم وسميهم للاستجابة للأمور المخطوطة منهم.

عندما يعود لعالمه علينا أن نخرجه بالاتصاف إلى عالمه وأن نعمل ما نفعله نحن، إذا كنا نستطيع أن نزوده بالمعلومات المصححة حول مراحل تطوره وأن نجعل عالمه متناغما قدر ممكن، هذا التحول الداخلي لا يحدث.

• الطفل الأصم المكفوف يتخذ الشعور بالأمن:

من المؤكد أن العشاء يأتي بعد الظهور وأن النهار يلي الليل أنا إذ كنت مستعشى منمود للبيت، إننا إذا لوحنا بأنفسنا (بأي بأي) لأبي عندما يذهب للعمل.

ستطيع أن تتوقع أنه يعود عند الماء الخ
الطفل الأصم المكفوف لا يملك هذا التأكيد إلا إذا زوجته هذا بأحوال روتينية مع دلائل يستطيع فهمه عليه ليشفى. عندما يحصل على هذه الضمانات يستطيع أن يدخل بعض التغيرات ويتعلم أن يتقبلها
• هو يحتاج لوسطاء:

هو يحتاج لشخص يشاركونه أو إقننه، يترجم له البيئة من حوله بشكل يستطيع أن يفهمه، هذا يجب أن يستمر حتى يشعر بالأمان لمعرفة ما يتوقع منه.
دورنا كأهل في الواقع على المدى أن نكون مترجمين بمعنى أدق وسطاء، هذا التعريف جهد كما اعتقد لأنه يلتفت انتباهنا إلى حقيقة إننا لا نذكر بمرح المبرسات التي يجب أن نزود طفلنا بها

عليه أن يعرف عن كل شيء يدور حوله كل شيء، يتناول ولده، وما يستطيع أن يفعل به وما تأثيره عليه، لا توجد معلومات معه في كل دقيقة من حياته

• المعلومات يجب أن تكون متكاملة:

علينا أن نذكر أن المعلومات محد قانها قليلة الأهمية وأن المهم هو ما نستطيع أن نفعله بها، نستطيع أن نثير الطفل الأصم المكفوف عن فهمه في سياق، قطعة خشب، مطرقة ومسامر، لكن إذا لم نريه بلن المصمم يمكن إصلاحها بتغطيتها بقطعة من الخشب لعقلها بشيها بواسطة المسامير، ستكون هذه المعلومات دون ثمة، لذلك فإن المعلومات يجب أن تعطي خطوة خطوة وتتألف أجزاءها حتى يستطيع الطفل من تطوير مفهومه للفنعة والامضادة بما تعلمه

برغم من إنا نشجع الطفل على استخدام نظره الضعيف وسعده وسروده بكل مرحة لذلك فإن المصدر الرئيسي وتجزين للمعلومات كافي تحصل عليها بواسطة البصر أو السمع والتأكيد فإن التعليم سيكون بطيئا في البداية

• براء يمكن إتخذ بلصحه يمكن أن يوصف بعض الكلمات، مراب التمييز و تذكر بواسطة اللمس كطلب الكثير من الجهد ووقت اكبر

• قيمة طريقة وضع الأيدي فوق بعضها:

لترتيب المعلومات بلبانة تستخدم وسيلة بسيطة ومن الإلزامي أن مستخدمها، كانت مستخدم في مولندا بلنية حيث كانت تدعى "حركة مساعدة قماله"، وفي الولايات المتحدة تدعى "بدا بيد"، وفي كتبا الأيدي فوق، وهذا التصير الذي مستخدمه، وكلها تعني أننا نوصي بالمعلومات للطفل الأصم المكفوف باستخدام إلهينا على يديه، سره كانت المعلومات حول شيء، تعلمه كيف يفعل شيئا أو تحصل به لتغير، بطريقة عمل شيء،

أن مكان العمل بأسلوب الأيدي فوق مع تعويد الطفل على ذلك، هذه الطريقة لا ترشده فقط بل بالإضافة لذلك فإنه يحصل على أدلة تساعد على ترتيبه باني جسمه في النشاط من خلال توظيف جسمك.

بهذه الطريقة أنت أيضاً تتقلل للزبد من المعلومات مباشرة لتطمس بطريقة طبيعية ومرتبطة نه (إذا قمنا بذلك بطريقة مركبة فلن يستطيع أن يتعاون)

عليك ان تسيطر عليه بشكل اكبر، عليك ان تضع جسمك بطريقة تمنع أي تشوش لا يندبه، وتستطيع ان تستخدم جسمك كي توجه رأسه نحو ما تريد ان ينظر إليه، وان تحدث مباشرة في أذن الطفل لطفل من ان تترك مسألة مناسبة لوسيلة سمعه

بالنسبة للطفل الصغير جداً عليك ان تضعه في حضنك لولا، ضعة بين سائيك بينما أنت جالسي على الأرض أو خاتفه إذا جلس على كرسيه للمشي أو على الطاولة، وتستطيع التحرك الى جانبه تدريجياً مع المحافظة على قدرتك لتحكم يديه من الخلف وهذا يحتاج الى بظفة.

• الأشياء

يحتاج على يدك يحتاج الطفل لمساعدتك له للتعرف على معالم الأشياء السبي ستساعده على تغيير وتذكر الأشياء.

مثلا تجرير الأشياء المتداد عليها والتي شرب بها، الشكل (متخصص، طويل مع نوء في النهاية)، مما يجر جميع الأسرة ويجعلها مختلفة عن الأشياء التي للجلس عليها (كراسي، مقاعد، كئيات، ماعو شائع لتلك الأشياء) الاستدارة المعروفة للكرات لصحون. الإشارات الخيخ والفروق التي تجدد كيم، يستخدم كمل هذه الأشياء استديرة (مصنوعة من مواد مختلفة)

• الأعمال:

عندما تهتم بالأعمال، هو يحتاجك لتعلمه كيف يقوم بالأشياء بواسطة يديك لفرق يديه

أعمال العناية بالثديعية مثل (الأكل، النجس، طلع الملابس، الاستخدام)، وأعمال مركبة ثقيلة مثل (الفرج الأجراسي، العصر، التدفخ، الحياطة)، يجب ان تشارك هذه الأعمال كلها بنفس الطريقة، عليك ان تشعر بذلك حتى يأتي الوقت الذي تشعر فيه ان الطفل يطور قدرته على التبو بما عليه ان يفعله تماماً.

في هذه المرحلة عليك ان تتأكد ان طفلك قد بدأ بالفعل ان يقوم بنفسه، عادة ما يكون ان شجعه على أداء الجزء الأخير من العمل بنفسه مثلاً سحب مسند وضغطه على الكعب، ثم عندما يقوم بذلك تشجعه على القيام بالجزءين الآخرين وهكذا حتى يتعلم الاستقلالية وهذا يعني 'التسلل الرجعي'

عندما يقوم العمل ويتمكن الطفل من القيام به لوحده يمكن تعليمه كيفية حل المشاكل وذلك بأعمال تمثيل المهمة وذلك بجمعها بفكر

عليه ان يكون قد سبق وان اعتبر جميع العناصر ولهم علاقتها ببعضها طبعاً هو يحتاج ان يمر بتجارب ناجحة تسمى تلكه بنفسه، بعض الأطفال يضطرون للتدخل الطبيعي والتمهيدي في التجارب الجديدة والكثير منهم يستاء من التعديلات في الأمور المألوفة وعيناً ان يمر ما يحلونه صعباً وناعماً على التغلب عليه

• اسمح ان يقوم بالعمل بنفسه عندما يكون مستعداً:

من المهم جداً ان لا تعمل ما يستطيع الطفل الأصم المكفوف ان يعمل نفسه (حتى لو كنا نريد ان يوفر الوقت).

على كل حال علينا ان نتأكد اننا أصلياً معرفة كافية وتدريب كافٍ يستطيع ان يؤدي المهارة بشكل فعال، من المهم أيضاً ان لا ننكسر بتعليم الطفل كيف يقوم بالأشياء ثم نسي ان تلقت انتباهه الى نتيجة ما قام به، عليه ان يفهم ما هي النتيجة

• نماذج الحركة:

ماذا العمل وما اذا كان عمله جيداً، شيئاً أو مهنية كبرى.

اعطه انك إذا استمرت النشاط الذي تشارك به طفلك حركات متسلسلة تكرر معاً لئلا يمل لأن هذا يساعد في طريقة العمل الأيدي عوف.

الطبيب النفسي السويسري (بياجيه) خلال دراسته للأطفال الصغار، يعتقد ان الأطفال الرضع يهزكون أيديهم عشوائياً وشجوها بنظرانهم، أحياناً عندما يتعلمون التحكم بحركة أيديهم يكونون قادرين على تكرار هذه المماذج التي يرونها منهم ومهينة

أولاً يفوق الطبيعة هذه نماذج فردية، ثم يستعمل الطفل سلسلة نماذج كعمل متكامل مثلاً (الوصول إلى الحشيشة)، ويأمر تلك صرارات وصرات، ثم يستخدم نموذج فم للوصول إلى النهاية (الإصبات بلعبة الحشيشة واللعب بها) ثم يستخدم أفعال مختلفة ليري تأثيراً ويحد طرقاً مختلفة لاستخدامها (طرق الحشيشة وهزها).

أخيراً يتبنا الطفل نتيجة أعماله قبل أن يقوم بهاء ويستخدمها بشكل أرتوماتيكي في أحوال جديدة. الطفل الذي لا يستطيع أن يرى أو يسمع نتيجة أعماله لن يجد دفناً لتكرارها.

هذا التسلسل في التطور من القيام بنموذج فردي بسيط إلى القدرة على استخدام عدة نماذج حركية معقدة معاً لمواجهة الأحوال الجديدة، يحدث له بستم دون رؤيا لطيف الأصم المكتوف، نحن الذين نضع يدنا فوق يديه من يلمسه هذا التسلسل الذي يكون النموذج الحركي الذي يحتاج أن يعرفه مثلاً: إطعام الطفل نفسه بنفسه 11 حركة متسلسلة كل مرة بدلاً فيها فمه فعليه أن:

يحدد موقع الفصح

يحد المعلقة

مسك بالمعلقة

- يضع المعلقة في الفصح

- يفرق الطعام بالمعلقة

- يرفع المعلقة إلى فمه

- يفتح فمه

- يضع المعلقة في فمه

- يتناول الطعام من المعلقة

- يخرج المعلقة من فمه

- يمدد المعلقة إلى الفصح

* ملاحظة: كل مفهوم من هذه المفاهيم تعطي لها مفهوم أشدري ثابت.

ويبدأ التسلسل من جليد، بالقيام بنفس تسلسل الأعمال مسرات ومسرات
يصبح راسخاً في عطفه ويمكن استخدامه كروتاتيكاً.

إذا كنا نلاحظ نموذج حركي في نشاط معين فإننا نستطيع نفس النموذج في كل مرة
لأنه فيها مع الطفل، وسنكون أكثر دقة لاستعداد الطفل لأخذ هذا الدور بنفسه،
ليبدأ تسلسله الرجعي ونشجعه نحو الاستقلال. عندما يتعلم أن يقوم بعمل ما لنفسه
يصنف على ذلك شخصيته أو يختصر كما فعل كنا

• الاتصال:

عندما نهتم بالاتصال، نقية الأيدي فوق تكون أكثر مناسبة، بالنسبة لطريقة
الاتصال التي يحتاجها الطفل الأصم للكشف تكون طريقة الإشارة هي الطريقة
المعتادة.

عادة نلاحظ أنك إذا انتظرت أن يتعلم الطفل الأصم للكشف كيف يستخدم
مخادعة في الاتصال، ربما ينتهي بذلك محيطاً جيداً ودون وسيلة اتصال معينة
من أفضل بداية أن تطيع وسائل بديلة، لكن مع الوقت أعطه الفرصة
(ليسبح ويرى أنه كان ذلك ممكناً) الفناء والمفاهيم، حتى إذا كان لديه قدره كامن،
يستغل بل مرحلة اللغة المحكية عندما يستد وقد.

• الإشارة:

في الحقيقة حركة الأيدي تقللها أسهل بكثير من حركات اللسان، فقبل أن
الفهم النفس والمهارة، كلها يجب أن تتأق لتصل أصوات الكلام.

الطفل يستقبل رسائلنا عندما نمسك يده ببراعة لنشكل هذه الإشارات، مع
مضي الوقت سيميز الطفل أننا نستطيع أن نستقبل رسائله بمشاهدتنا لإشارته، لكن
عليه أن نشجعه أن نمسك أيدينا ببراعة عندما يريد أن يفعل هذا.

كما يحتاج أن يسمع كلمات عدة مرات قبل أن يستطيع قولها لذلك فإن تلك
لأصم المكشوف يحتاج أن نعلمه كيف يعمل هذه الإشارات عدة مرات بسببها
الصحيح قبل أن يكون قادراً على استخدامها بطريقة ذات معنى

الإشارات هي غمغمة حركية أيضا ويجب أن تشكر بها كل طريقة أجزاء حيث يجب أن يوضحها للطفل حتى يكون قادراً على تقليدهم دون مساعدة البصر وهي.

- الشكل الذي تعلمه اليد أو الأيدي.
- مكان الجسم أو الحيز الذي تعمل به الإبرة
- الحركة أو مجموعة الحركات أو الاتصال بواسطة اليد أو الأيدي.
- الشكل النهائي لليد في عملية إكمال الإشارة.

تذكر أن كل هذه المظاهر في العمل للموسى التي يراها الطفل خلال معالجته ببراعة، يجب أن تكون واضحة مكررة عدة مرات، وفات مرس للطفل، وفات مفهوم اشاري ثابت

• الطفل الأصم المكفوف لا يجد دائما كيف يتحرك ويكشف

استنبال المعلومات بلياقة يتطلب أن يحرك الطفل يديه لكن مدى معرفته بالعالم محدودة جداً إذا لم يتعلم أن يحرك أجزائه الأخرى من جسمه ويصبح شخصاً متحركاً. عدد رقبته الطفل مجلس ويغط الأشياء نظراته للعالم متفرقة بحيث لا يجد حاملاً من حرف أو الجلبوس على ركة أو جر نفسه إلى الأعلى أو المشي لاستكشافه كله

كم هو مختلف بالنسبة للطفل الأصم المكفوف بالنسبة له، لا مسب يذعوه لتغير مكانه المريح مبدئاً على ظهره، حركاته ليست مرته لأنه لا يدير رأسه للنظر إلى الأشياء، أو صمغها

هناك مجانس لا شيء يشجعه للبحث عن ما هو أبعد من ذراعية. هو يحتاج إليها لتربه الحركات المطفئة لأجزاء جسمه التي يمكن أن يحققها بهذه الحركات من اكتشاف وحل للمشاكل والاتصال، كم مبشر بالحركة عندما يتحرك لوحده. هنا أيضاً نحن الوسطاء يجب أن نعالج الطفل ببراعة من خلال الحركات حتى يستطيع هو أن يقوم بها ويستخدمها لثوتماتيكيا للحصول على رجليته.

بداية حيناً أن لا نطلب منه أن يقوم بها لوحده - الفشل هيف عندما لا تعلم ماذا يوجد هناك - عليك أن تنحب معه، شارك حركاته حتى ينمو بالأمان، ارحب معه، اقرمه حتى يعلم ماذا يفعل ويسيطر على لهزات وقوم بها لأن النشاط الجسمي ممتع ومفيد ويكون ذلك من خلال برنامج يومي ثابت.

عندما يبدأ التمرن في الفضاء عليك أن ملحب معه أولاً، عندما تفعل ذلك سيتمكن أن الأشياء تبقى في مكانها وأنه هو من يتحرك، وكما يقول بكل فصاحة الدكتور جان غاند ديك (الأخصائي الدنماركي بالأطفال الصم المكفوفين) أن الطفل يتعلم أن يضبط حركاته في الفراغ (أن يدور حول المواقف أو يتجنبها) يتحسس مساحة وكل ذلك يساعد في إيجاد وهي نفسه.

يستطيع أن يقول أنا أنحب، أنا أحمل.

للمتعة تصبح شيئاً يؤكد به وليس فقط تطرق به هو والأشياء بشكل هوية و بعالم بأحد شكلاً وطليماً معيماً مثله مثل الشمس، القروى ثلاثى

■ النظام

العسل الأصم المكفوفين يحتاج للنظام كأي طفل آخر في العائلة، فاست تسانده كثير بسبب عدم قدرته فهو متوقع منه الآخرين خارج المنزل ذلك أيق لكز هذا، ليس موجوداً

الانحراف بالنفس ضروري لنا جميعاً، الاتصال هو مفتاح الحياة الاجتماعية كأي طفل يمكن أن يؤدي الأصم المكفوف عملاً لا نسمح له بأن يتابعه، يجب أن نضع حدوداً، و عندما نقول لا عليك أن تغير رأيك لكن حاول أن نقول للطفل سبب ذلك.

ليس من الضروري أن ننظم الطفل الصغير جداً، لكن عندما يزحف ويمشي تحدث مفاجآت، وهي أفضل الأوقات لتعليم الطفل أنك تقي ما تقوم به.

عندما يقوم بسيل ليس من القروى أن يقوم به تأكد أنه قد فهم ما فعله قبل أن توبخه، هل حمله أن حلاً خطأ وإنما كنت قد فعلت على فهم ذلك؟ لا تفعل بشدة وإلا فزبه مبالغاً لأنه يحس كل الأداة التي حركته، ردة فعلك حين دعيت إليه.

نستطيع ان نتكلم الكثير عما تشعر به من خلال يديك والطريقة التي تعامل بها مع الأشياء
من عدم رضاك وبالاعترافات الصوتية تلك طرق جيدة للإشارة اليه بأنه أساء
التصرف

أره ما لا تريد من سلوك تصرفاته، وإذا كان ممكناً دعه يساعدك لتصحيح خطأه
مرة أخرى.

لأطفال القسم المكتوبين كأي أطفال لديهم طلبات في المزاج، هنا أيضا نحتاج
بدراسة وضع الطفل عندما يصبح مخطأ لأنه من المحتمل ان يكون مجرد قلب لى
المزاج.

يمكن ان نميز خمس حالات يمكننا ان نمثل خطأ بأنها قلب في المزاج (المصعب) وهي
1. الغضب المبرر شيء حدث يكون إنذار فهو يحتاج لطموحات تسمح به بتكلم
المر

2. الطفل المدلل. الطفل الذي يحصل دائما على ما يريد ان يشعر نفسه ويستمر
بذلك حتى يحصل على ما يريد

3. الغزل، الخزين يحتاج لرعاية ندية لكنه لا يستطيع ان يقول لك ذلك

4. الطفل الخفيير يستخدم اساليب سلبية لجلب الانتباه لانه يحتاج للحب

5. طفل الذي يجمع. يحاول الاتصال ولا احد ينتبه له.

لغضب الحقيقي يحدث عندما يكون هناك إحباط او قلق على الطفل ان
يحميه ثم يفسر عواطفه المكبوتة، وعندما يدا ذلك من الصعب إيفاءه، وغالبا ما
يخشى الطفل من عواطفه فهو يحتاج لضمائمات

البقاء دائما، وإذا كان صغيرا عليك ان تخبره حتى يستعيد ثقته بنفسه، دائما
ينتهي غضبه الحقيقي وما يحتاج للنوم او للتعب أثبت تعرف أنه يجه حتى يعلم هو
أنك تفهم

• التصرف غير اللائق:

الإطراء على التصرفات الجيدة أفضل من إلقاء ملاحظة شادة على التصرفات السيئة، المحوري للتصرف الجيد، لكن ليس لإيقاف التصرف المخاطرة.

إذا كانت المخاطرة أو المكافأة من أي نوع متصحح يجب أن تكون مناسبة وفعالية ويجب أن تتركها قبل أن تصبح عادة.

باعتبار أن التصرف الغير لائق يخلو من التصرف (سيء) هنا يجب أن تلاحظ أن تعلم طفلك مهم.

غالباً معظم ابن تعرف الأطفال عليه شيء معين كما تعتقد أنه السبب، ونسى أنك تعتقد به نتيجة لطيرت، خبراتنا التي تختلف تماماً عن ما ستواجهها الطفل الأسم المكثف

علينا أن مراقب ويرى ما يؤدي في هذا التصرف، وكم مرة يحدث هذا، ما يعمل هنا في هذه الظروف؟

الإجابة عن الأسئلة كهذه متمكنا من تصحيح هذا التصرف بإزالة الأسباب أو عرض بدائل مقبولة للطفل، علينا دائماً أن نتذكر أن الطفل يتعلم ويتقدم ويبدأ السيطرة على علة، تصرفه سيتغير بمعدل أسرع متفهمه لذلك افتقاره لمدة هو سبب عدم تحكمه بتصرفاته بسهولة ويصبح من الصعب التعامل مع ذلك لفترة هـ لنخرج لأن يكون صبورين ومتفهمين.

• المكافآت / التعزيز.

المكافآت ليست فقط النتيجة الوحيدة للأعمال الصحيحة أو الاعتراض على التصرفات المخاطرة.

المكافأة هي مكافأة وإذا فعلنا ما يجب فإنا الفضة منزعج بشكراره وستتعلم من عمله، عندما نكرر تعلم إننا غالباً ما نعمل أشياء لا نحبها بسبب المكافآت التي نلناها بنا مثلاً نعمل وظيفة عملة فقط لأن دخلها جيد. المكافأة لطفل يسمع ويرى يمكن أن تكون بالتعامل مع المادة التي يلعب بها، أو رؤية نتيجة عمله أو رؤية وجرمت مصمومة مثلاً على سلوكه وهكذا

بالنسبة للطفل الأصم للكثير من هذه المكافآت لا وجود له، لا إذا أكرمنا اهتمامه لها وروعيته بمكافآت مثل حناق كبير — أو التأكيد على أن المهمة أو الطريقة التي قدام بها هذه المهمة كان لها نتيجة بنامة لا معنى عنها، نحن نحتاج لمعالجة هذه النشاطات التي تسعدنا خاصة ونستعملها كمكافأة.

بالنسبة للمهام الجديدة علينا أن نكافأ على المحاولات الجيدة وعلى إتمامها، وعندما يقوم بها بسهولة كذلك. وقدم له المرحلة التالية من العمل وصحيح المكافأة له ولن تكون للمرحلة الأصيلة.

الطفل الأصم المكفوف سيستخدم ما تبقى له من البصر أو السمع إذا كان لديه لأعمال مكافأة وسيحسب يحصل أشياء منها أو لنا إذا كان أدامه سبحانه وكافأناه بمعنى صعب أو ربطاً على رأسه سيكون ذلك فعلاً مثل الحلوى لكثير من هؤلاء الأطفال.

• الحجاب

أما الحجاب فتؤثر على راحة كفة إشارة X ومن ثم نضربه بالخط على يده.

• اللعب

لكل طفل يلعب اللعب هو تعلم والتعلم هو لعب يرغم اتنا نحن أو هو يفكر بذلك بهذه الطريقة، ذلك يأتي بشكل طبيعي للطفل لأنه فضولي هو يريد أن يمارس مهاراته وأن يستخدم بطرق جديدة وهو مهتم ويريد أن يقلد ما يفعله الآخرون.

إذا كان هذا اللعب ليس مقصوداً إذن هنالك شيء ما خاطئ به، وهو يلعب أينما كان ويتوقف فقط عندما يتخبط بعمل ورتبي حتى عندما يكون من الصعب جداً أن يمدحه حيثما ذلك يجلبه بشدة، هو يجب أن يلعب وحده منعزلاً عن الآخرين، لاحقاً فقط سيستخدم المشاركة بالنشاطات مع أجياله.

اللعب جزء هام من تعلم كل طفل والأطفال الصم المكفوفين لا يفتنون من ذلك لكن أن لعبه ليس يكون مقصوداً إلا إذا علمناه كيف ذلك نستطيع إذا لعب معه فقط، كل ما تعلمه مع هؤلاء يجب أن يتبع به كلامنا، وكما ستلاحظ لا شيء يمكن أن تعلمه كجسم اتفق حتى تتمكن من مساعدة طفلك لأقصى مدى. فترات اللعب مع الأطفال الباقين جداً هي غالباً نشاطات جسدية لكن عندما يجلس ويتبعه

للدروس، الحاجة للتعامل مع الأشياء التي تتميز الأشياء بواسطة مثلاً (الأشياء المستديرة، أشياء تختلف نسيجها، الخشنة، الأشياء التي تصدر أصوات وهكذا) لكنه يحتاج لعلها.

لاحقاً يحتاج الألعاب يستطيع أن يشغلها أو يعمل بها شيئاً يلعبه (مطرفة راوتاد)، ما تعلمه هو يختلف عندما يعمل الطفل الذي يبيع ويرى، فالعيب بالأشياء يجب أن نشكر به بغير

فترات اللعب الجماعي القصيرة التي تحدث خلال فترات الاستراحة اليومية منفصلة جداً بلده بها ويجب أن نلعب بنفس الأشياء التي يستطيع أن يلعب بها بنفسه، للعب أكثر حرية وهي فرصة ضرورية لعمل الطرق الأساسية للتعليم التي انكسرت للعمل الأصم المكفوف وبعض الأشياء التي نحتاج للتصميم بها إذا كنا نريد أن نرويه بدائل أخرى ذات معنى

عندما يعمل من خلال البرنامج متجدد هذه البدائل بطرق عمله سعياً به سرعان ما يصبح عادة للعب مع طفلك ووجود هدف في عقله بقدر أهمية تحاويه وتهمه لأكثر من تلك التي

مصدر معلومات الوسيط

من جهة مشكلة إجابته لطفل أصم مكفوف، من الطبيعي أن يبحث عن معلومات تساعدنا (كتب، دورات مؤتمرات، معلمين، أهالي آخرين لديهم الكثير مما يرضونه لنا، نهائك ثلاث مصادر قيمة علينا أن لا نتجاهلها وهي مشرفة فعلاً وهي

- الطفل نفسه

- خبرات الأطفال الذي يسمعون ويصرون

- خبراتك أنت.

الطفل نفسه

كيف يمكن للطفل نفسه أن يكتشف ما يجب أن نعلمه منه

إذا كنا نريد أن نروجه بالمعلومات علينا أن نعلم أيضاً ما إذا كان يستجيبها أو أننا نضيق الوقت، علينا أن نعلم أن الطفل يستجيب لنا، ونستطيع أن نفهم ذلك الله وأقرباءه جيداً

عادة تكون استجابته سلبية، على الأقل تجربتنا ما الذي لا يجبه، عمل طويلاً الأيدي فوق مع ظلك الأصم المكشوف تحملك وأحياناً للنفورات في سلوكه التي تظهر استجابته لك

ربما يكون هناك فقط ثبات جسمه يظهر لك أنه يستمع إليك، أو حركة جسم بسيطة تظهر لكنه يريد متابعة النشاط الذي تشغله به أو الضبط على الإصبع يظهر لك استعداداً للقيام بشاغل.

هذه طريقة الوحيدة للاتصال معك ليداً معك وإما لم تراقبه جيداً، وسبب ذلك أنه مبرقظ عن المحاولة لأنه يعتقد أنك لا تستجيب له.

ردود فعله تقول (لقد وصلتني الرسالة، ماذا بعد؟)

معرفة ما يأتي بعد ذلك ذات فائدة قليلة إلا إذا عرفت بالملاحظة الحريصة لتصرفاته أنه مستعد لها.

العلاقات

لاتصال هو فعل متبادل وهو يحدث بين شخصين بينهما علاقة وكل منهما يقدم عوية لأخر مثل أن أي طفل أنه شخص يحتاج أن يهر شخص آخر متصلاً عن نفسه وحدهم يكون ذلك الشخص أمه

السمع والبصر يلعب دوراً هاماً في تطور هذه العلاقة لذلك يكون الطفل الأصم المكشوف قد عسر عسرة كبيرة جداً، معه ليست علاقة (أنا-حبك)، بسيطة أنها علاقة (علنا أنا)، التي تلتصق الانكباب إلى كل الأشياء التي تحبها أنت ولتحملك (أنت).

عندما تصبح مألوفاً بكل هذه الصفات وبأعمالك منه يعلم تدريجياً أن يثق بك ويستطيع بدوره معك ويريد أن يساعد لتعلم من الأشياء التي تعلموها معاً

أنت لئلا جرمًا من الاستقرار الذي يحاط به، عليك أن تعمل على هذه العلاقة، ليس من السهل الاستقرار بالإتساع لطفل لا يتسم لك لأنه لا يستطيع أن يرى إتساعتك، وإن كسب محبتك على كونه جدد.

متجدد، يستحب عندما ترحب باستجابتك تلك تعلم هذا، أنت تتصرف بشكل جيد و لعلاقة بدأت، أنه فقط بمراقبة سلوكه متجدد قدرته على البصر.

فقط ملاحظة استجابته للأصوات متعلم إذا كان يسمع وما الذي يستمع إليه ولفظ بالاستماع للأصوات متعلم أي أصوات يسمعها، وكن واهباً لحركة يديه تحت يديك واستعرف أنه يتعلم ماذا يفعل.

ملاحظة طفلك تغييرك الكثير عنه، إذا لم تنبه للمعلومات ربما تفقد استعداده لتقدم وعش برؤيه بالفرصة اللازمة والمثيرة

حبرات الأطفال المتسعين

الطفل الأصم للكثوف يحتاج هذه الحبرات تعسها وعليها أن نرود به بطريقة يتعلم بها هذه الفهارات

بالعب والتقليد يحصل الأطفال على فرص للتمريض، يكرروا ويعرفوا ما تعلموه، الأطفال الصم المكثوفين يجب أن يحصلوا على هذه الفرص أيضاً، باستخدام مهارة في معزى متعرف بحيث الأطفال عن استخدامها في أحوال أخرى وأكثر تعقيداً، علينا أن نرود الطفل الأصم المكثوف بهذه الأحوال.

رأيت مرة ثلة صماء مكتوفة عمرها 4 سنوات وأخوها وعمره عامين، لقد ركضت دون هدف في الغرفة تسلفت إلى التافلة وعلى الأثاث، هو يجلس على طاولة صغيرة عليها بعض القنايين والصحن والملاحق جاهزة لا بعد
أولاً:

- وضع كل الملاحق في فتجان واحد.
- ولي الآخر وضع ملهقة واحدة في كل فتجان، والصحن في كومة والقنايين معاً.
- ثم فتجان واحد في كل صحن معاً مع ملهقة.

لقد كان منجماً تماماً في لعبته، حيث تكون مهارة الأرقام، المواقع، التسمية، التفسير، الميزة وغيرها قد تجرّبها.

هذه الأنواع من أحوال التطوير اللغوية الأساسية يعلمها الأطفال من خلالها الكثير، لكنها ليست جزءاً من خبرات الطفل الأصم المكفوف، تسمى وعيه بالأشياء اليومية

النشاطات اليومية والأشياء

تعليمه طريقة (الأيدي فوق) ما الذي يمكن أن يفعله بالأشياء ومماذا تفعل بها، أين تحفظها، لماذا مستعملها، أعطه الوقت للعب بأشياء بطرق مختلفة حتى توسع خبرته وتعلم لاستخدامات مختلفة أخرى من للسلوك الأساسية من لعب الطفل لصعب بأدوات الشاي سيكون واعياً لاستخدامها ولذلك تستخدم وأن تحفظ، كيف يعني بها، أي شترها، ما ثمنها، هكذا.

من نعلم نشاط بسيط بوضع الأشياء في صندوق ثمنو مهارة، قل، ضح أحسنت بعيدة في عزائه ومن معرفة أين تحفظ أحطيك تأتي للترك على حسبهم، ان كنت تعرف انك ستخرج لو كإشارة بأنك تريد لك أن تأخذك خارجاً.

الكثير مما يجب أن تعلمه يأتي من خبرات حياتك اليومية، وبما يكون من الأسهل أن تدع طفلاً أصم مكفوف يجلس في وسط القرفة مع لعبته المفضلة لكسك اد فعلت ذلك فذلك تجرّمه فرصة للتعلم عن العالم الذي يعيش فيه وكيف يتصرف باستقلال له.

العائلة ومجموعة الأصدقاء

إذا كان هنالك أطفال آخرون في العائلة، لاحظ طريقة لعبهم ومادا يفعلون وسأول ان لزود نفس الخبرات لفطنتك الأصم المكفوف ان على الأقل مثلها

إذا يكن لديك أطفال آخرون ضمن العائلة، لاحظ الأطفال في المحادثات او المجموعات التي يلعب بها الأطفال سيكون وكأ جيداً تشويه والمعرفة التي تحصل عليها عندما تصغها كما تعرفه من طفلك الأصم المكفوف ستزودك بسلسلة جيد لتوعية الأشياء التي يجب أن تعلمها منه.

تحرير نفسك الشخصية

بتحرير المعلومات بطريقة الأيدي فوق أنت تحتاج لتحرير غير تلك الشخصية، وهي لئلا تكون مرئية أكثر من كونها معلومة وإن العالم الظاهرة بصرى تكون مرئية أكثر من كونها معلومة، مثلاً كيف تظل لطفل الأصم مكشوف معنى مرآه؟

ربما لئلا صندوقاً باله شيء مربع وله زوايا لكن وضع بيد الطفل الأصم المكشوف على رواية الصندوق لا ينقل له معلومة حقلية، يحتاج لوضع بيده حوله حتى يتحكم على حجه ويتحرك من رايه لأخرى ويضبط مع علامة يهزأ على رواية الأول حتى يعلم أنه عاد للبيئة. حتى ذلك لن يخطيه معلومة حقلية إلا إذا خلاص تجارب كثيرة من الأشياء المربكة من قبل.

أهمية أن نلصقهم وإن ولمسونا

من المهم أن نعي أهمية اللمس لنا جميعاً نحن نميل للاعتقاد بأنها مصدر معلومات صغيرة، فباللمس والتحرك نتعلم أن نشعر بهذه الأشياء كشيء، شكل ووزن، وعندما يلمسنا أحد نحرك الطريقة التي نشعر بها الناس نحوكم وردة معنهم وقليل ما سمعنا

معظمنا لا يتوقف عن التفكير عن وظيفة جلدنا برغم أنه أكبر عضو إحساس بمعنى جسمنا (هو الشيء الوحيد الذي لا نستطيع أن نعيش بدونه).

فكر كم يظهر في الجمل التي تستعملها في محادثتنا اليومية الاتصال الجسمي هو أول شكل من أشكال الاتصال للطفل للبيئة وهو مهم جداً لحياة لاجتماعية وخبراته بالعلاقات، أنه اتصاله الأول مع العالم الخارجي ومنه يمدد استعداده لتقبل خبراته جديداً.

الخبراته

الحرارة تحس بها من خلال جلدنا، الشعور بالحرارة أو البرودة غير مريح ومؤذي أحياناً ملاحظة ما يتسبب الطفل الأصم المكشوف وبخلافه لغير حاجته من هذه الناحية يمكن أن يميل فوقاً في شعوره بالراحة وكذلك قبله لها.

المنطق

طريقة المنطق هي طريقة أخرى لنقل المعلومات، يمكن أن تكون طريقة لعائلة
تذكر أشياء معينة. بالتفصيل إذا كنت الجهة السطحية مثلاً الصنعة نقل رسالة مختلفة
جداً من المعلومة، المنطق يمكن أن يكون وسيلة لتمثيل الناس بأسماء، لمنطقه
معلومات من جسدنا بلسانه من ناحية الشدة، التنظيم، التحريك، الخزم
المظاهر

العصية هي مصدر آخر للمعلومات التي نستطيع أن نقلها خلال جسدنا من
الغضب، الفزع والإحباط، وإذا تعرضنا لمن حالة من العصبية علينا أن نسال شخص
آخر أن يتعامل مع الطفل الأصم المكفوف، أن نسيطر على مشاعرنا، ونستطيع
التواصل معه بملء مرة أخرى
الاعتزازات

الاعتزازات التي شعر بها خلال جسدنا تشعرنا بوصول الناس من خلال
خطواتهم (وهي تختص لكل شخص مثلاً، عندما تصل المركبات فوان الصبح
الموسيقى، الآلات وأصوات الحديث تحدث اعتزازاً ومكافأة

كل غطة لا يأكل فيها ولا يتام الطفل الذي يسمع ويرى مضطرب في روتينه
يومي أو وضع تعليمي فانه يكون يعمل على استكشاف بيئته يجب أن يكون ذلك
مماثلاً للطفل الأصم المكفوف.

فكر في ذلك عندما تكون مع طفلك الأصم المكفوف انه خط لهاته، كن واحداً
كم ستكون تصرفات الشخص بمرور إلى طريقة اللمس حتى نستطيع أن نمرر تلك
مرب لنستطيع على ملاحظة المسالم الظاهرة للأشياء بطريقة اللمس وحدها
وعندنا ملاحظة، أن نمرر الأشخاص بطريقة أخرى غير أن تراهم، إن تكون واحداً بما
يحدث دون أن نحتاج على حاسة البصر والسمع، بهذه الطريقة ستدرك أن خبراتك
الشخصية هي فعلاً مصدر حقيقي للمساعدة عندما تعرف ما يحتاج الطفل الأصم
المكفوف أن يعرفه، حاول ألا ترى الأشياء بل اشعر بها.

تطور وظيفة البصر والسمع

لأن هناك مناطق نائمة عند طفلة، نحن نحتاج أن نعلم عن وظيفة وتطور المهارات البصرية وأن نعلم تأثير ضررها.

دعنا ننظر أولاً إلى البصر

الرؤية شيء طبيعي جداً لدرجة أننا لا نقدر كم هو مصدر غني للمعلومات، المبرر يظهر العاطفة، الفعالية، الترحيب، اللعب، الرعب، الحيرة وهكذا، هذه الأمثلة تحدد بعض الأشياء التي يختبرها الطفل الأصم المكفوف.

نحن ننظر إلى ما نريد أن نراه

لا أحد منا يجمع المعلومات البصرية عشوائياً نحن نبحث عن ما نريد أن نراه نرغب ونحقق، حقاً، لذا كنا نبحث طول الشارع لنرى إذا كان (أحمد) قد عاد من المدرسة إلى البيت، فإننا لا نلاحظ كم عدد السيارات الواقفة على طول الطريق أو أشياء في ضربه، نظراً يبحث عن شخص صغير مع حقيبة على ظهره.

الطفل الأصم المكفوف يحمل "خوارزمية" معينة

الطفل الأصم المكفوف عليه أن يكتشف الأجزاء ليكون فكرة عن الكل ويقتضي أن يكتشف الأجزاء، ولذا فإنه يستطيع أن يحصل على صور ذهنية تدعم أي صورة يمكن أن يراها قبل أن تتطور الفهم على الطفل أن يحصل على صور ذهنية كثيرة عن الأشياء في عالمه.

النتائج للتطور البصري

من نتائج فعالية البصر لدى الطفل الطبيعي، نعلم أن أوله ردة فعل بصرية له هي مصدر الضوء، يتعلم الطفل بعد ذلك أن يثبت بصره، أي أن ينظر إلى شيء بعينه دون أن ينظر إلى أشياء أخرى يحيطه (هو يحدد أهدافاً يثبت نحو الأشياء لبعض الوقت) ثم يتعلم أن يفتح شخصاً أو شيئاً متحركاً نحو جهة واحدة أو أخرى وحالاً من جهة لأخرى وبمرور الوقت الأوسط هو يحدد بمراقبة أصابعه وإذا كان مرتفعاً في موقع جنوس، يستطيع أن يفتح شيئاً متحرك فوق وأسفل ويستطيع عندئذ أن يتحرك بسرعة وبالضبط من تركيز أكثر يثبت النظر ما إذا كان لا يزال يتحرك أم لا؟

كي يتعلم ان يترك هيئة ليري دون ان يترك رأسه، هذه القدرة على التبع حيوية لأن لا احد منا يرى بالنظر مباشرة للأشياء بالرغم من اننا معتقد اننا نفعل ذلك

انطلق بتعليم التركيز، أي أن يستخدم كلا العينين معاً وأن يتناسب بصره ليعده المسافة، تدريجياً يتعلم أن يميز الأشخاص، الأشياء، الأماكن، الألوان، الإشكال.

تدريب البصر والإيجاد أوضح ضمن الروتين الطبيعي لتشجيعه على النظر إليها والبحث عن الأشياء، نحن نستطيع أن نساعد الطفل أن يمر خلال هذه المراحل بمساعدة بصره الفصيم.

يجب أن تستخدم العينين

المعروف تنوع عندما تستخدم وإلا فإن القنوات التي تصلها بالدماء مستضعف وتصبح دور مائدة الفطائر للرؤية قوي جداً لنا جميعاً، عندما لا تساعد الطفل لأصم المعروف بإيجاد معنى لا يراه، فعلاجه الشديدة للرؤية غالباً ما تعود إلى حداثات نتحدث الرمية للضوء والتي تشغل ياله وتقف أفضل وهج حيث يستطيع ان يرى فيه

الطفل الأصم الأعمى ربما ينتقل إلى الوضوح الأوتوماتيكي لذلك يجب ان شجعه وتعلمه كيف يوجه نفسه للنظر، اذا كان يستطيع ان يتعلم ذلك يجب هذه حد كي يستخدم بصره بطريقة جديدة عما يفعله، يمكن ان يعني هذا ان يتحكم تدريجياً لأنه يجد هذا معصلاً وربما أسهل، التركيز البصري معروف بأنه متعب

استخدام وسائل بصرية

بعض الأطفال هذه الأيام لديهم خدمات لاصقة في عمر باكراً بدلاً من النظارات، ومن المأمول أن هذا يصبح سلوكاً معروفاً حوثاً فممكن لتجنب المشاكل التي تظهر عادة من ليس النظارات اننا كان الطفل يصي من إضلال عدسة هيئة والعدسات أزيلت، فن يرى أي شيء يوضوح دون عدسات لاصقة أو نظارات المهمات البصرية تحتاج أن تكون ضمن الثقافة البصرية للطفل ولا نستطيع ان نحدد ذلك إلا إذا عرفنا حالة العين ولاحتنا على سلوكه البصري.

الإدراك اللمسي

الرؤية وترجمة ما نراه وظائف دماغية مختلفة.

الطفل يمكن أن يرى صورة لمنطقة لكنه لا زال لا يفهم أن ما يراه (يدركه) هو نفس الشيء الذي يطعم به نفسه.

فقط لجميع المعلومات التي يحصل عليها من رؤية المنطقة الإحساس بها، واستعداداتها ونسبتها تتبدل تصبح المنطقة ممتدة ما إذا كانت تصبح التان أو ثلاثة، أي كان الحجم أو الشكل. لها كانت الآلة التي صنعت منها أو بما تستخدم وكيف تراها، علينا أن نتبه للطفل الأصم المكتوف لكل هذه الصفات التي يجب أن يدركها لمعرفة ما يره

بقاء الأشياء

البصر يشكل جزءاً هاماً في مراحل التعليم الأولى وعلى أن تعلم عن تأثير

الضرر فيها

مرحلة الأولى هي بقاء الأشياء، أي معرفة أن الأشياء موجودة سواء كانت جدهم أم لا. الطفل يسقط الخشيشة وهو يراقبها تدور حتى تذهب بعيداً عن نظره تحت الكرسي، هو يراقب أنه تلتقطها من تحت الكرسي وتصلها له، أو هو غيب تحت وسادة وهو يجدها أو عندما يراقبها تذهب بعيداً عن نظره من خلال الباب، كل هذا جزء وأجزاء من شعور الطفل بالأمان الذي يعاني من ضرر في بصره الذي لا يستطيع أن يرى أين ذهب الشيء. لن يعلم أين يجد مرة أخرى أو أنه يستطيع أن يجده

إذا كان أصم أيضاً فإنه لا يستطيع أن يخبره ما الذي يحدث له، عندما يرمي لعبة متذهب للأبد. هو لا يعلم متى يمر ما له وإنها التي وصلها بعيداً، إلا إذا شجعناه للبحث وعلمناه أين ذهبت وإنها لا تزال موجودة. لن يعلم البحث عن الأشياء (وإن هذا عنصر أساسي لإيجاد دافع للاستكشاف وإن يصبح متحرراً) ولن يعلم أن يعرف موقعه راجعاً دون فهم جيد لأدراك الأشياء لن يستطيع الطفل أن يطور مهارات

«ذاكرة جيدة، حتى هي القليل ان الشيء» يستمر بالوجود أن يستطيع ان يتوقع تحديد
الصور او الإشارة إليه (وهي مرحلة مميزة في الاتصال).

لأنها فقط بالنظر يدرك القليل أنه يمكن استخدام الالوان لوضع الأشياء وجمعها،
لتشغيل أدوات أخرى والحصول على ما يرغب

أنه ما يراه فقط هو ما يشجعه على الوصول والتقاط الحشيشة التي يريد، وأنه
عندما يرى العلاقة بين قطعة الخط ورسمة لمبة متصلة بها سيختم فوراً في جسر العبة
لحده.

التشغيل

إذا لم يتعلم الطفل ان يتخلل أنواعاً مختلفة من الألعاب والأشياء ويغير وظائفها،
ختلافها، تشابهها، ولن يستطيع ان يصنعها حسب توجهها او يعطيها عنواناً (ربط
علامة بهم).

إذا لم نطيع ان نضل ذلك عليك ان تفكر كل شيء مفرد كصورة مفصلة،
علم حتمال أي ذاكرة طبيعية، مع العناوين التوجيهية وحدها الطفل الأصم لكتوف
سيستخدم هذه الأشياء للتقليد الذاتي إذا لم تعلمه كيف مستخدم هذه الأشياء و
شجعه على بدء تحزين طابور من الصور التي تمكنه من تصنيف الأشياء بها
لوظائفها من يستطيع أن يميز وظائفها.

التقليد

أنه من خلال التقليد يكتب الأطفال الكثير من مهارات التعليم، وطبعاً من
يجعله الآخرون دافع أكبر. رؤية الأم تنسم تحمل الطفل بتجيب باتسامة، عندما
يستند فكاً الطفل الأصم المكثف للضغط، لا يكون لديه نموذج للحركات الضرورية
وربما يناف من إتاحة الجفينة أو الطعام الذي لا يستطيع أن يراه كونه يستمتع
بغيره لذلك سيقتى بالتأكيد على الأطعمة الخفيفة هو لا يستطيع ان يرى كيف يمشي
الناس، لذلك يمكن أن يمشي على أصابع قدمه وقدمه مائلة خارجاً أو يمشي رأسه.

النوعيات الطبيعية التي هي جزء من لغتنا والتي تستخدمها كلنا في التعبير عن أنفسنا لا يستطيع أن يراها الطفل الأصم المكفوف لذلك يكون قد اتخذ أبسط وسائل الاتصال، ألا إذا غنى لنا بعلبه.

السمع

إن حاجتنا لحاسة السمع لا تقل أهمية عن باقي الحواس، فملا إدراك الأصوات البهية مثل الموسيقى، اللحن، وصور مركبة، خطر، مخاطر إنقاذ، شخص ما أمام، والأهم من ذلك تقريباً القدرة على سماع الكلمات المحكية التي تنمي اللغة، اللغة هي نفسها وأصليتها بشكل فله معنى.

ووجود مهارة مزدوجة منذ الولادة هي حالة نادرة بعد خلقها والوسائل المناسبة للأطفال الصم نادراً ما تستخدم حرقياً بشكل مثير.

الطفل الأصم المكفوف يعتمد على أسلوب قراءة الشفاه والوجود وبدلائل نبيه، كدسة جزيئة، وإذا كانت الحسارة في السمع كبيرة يحتاج إلى جسر جيد ليرى لإشارات اليدوية لحسن الحظ القليل من الأطفال الصم المكفوفين يكسرون صم عندما واد علمتهم أن يتعلموا ما يمكنه سيكون ذلك مفيداً جداً.

من الممكن لبعض هؤلاء الأطفال أن يتعلموا فهم الكلام والاستجابة له، لكن يظلون غير قادرين على تعلم الحديث بأنفسهم من لفهين التحدث لأطفال كهؤلاء وعلم تستخدم الإشارات، فن يجدوا وسيلة للاتصال بنا. عندما يصبح الأطفال سارعين في لغة الإشارات سيطورون سرعتهم، تنظيمهم، جعلهم بهذه الإشارة مثل الذين يتكلمون.

بالرغم من أننا جميعاً نستخدم نفس الإشارات لكن لكل منا أسلوبه الخاص في فهم الإشارة. يستطيع الطفل الأصم المكفوف أن يميز ذلك بنفس الطريقة التي يميز بها أصوات الناس المختلفة. لأن السمع والكلام مرتبطان بشدة فاعتقد أنها لا انفصالان في الحقيقة يعتمدون على بعضهم، لكن يتطورون بشكل متواز عند الطفل البالغ مثلاً.

وبما يكون السمع أكثر تحيلاً من كل التواحي لذلك سيكون مهبطاً في تطور مهارات الصوت والكلام.

وتعتبر المهارات التالية من أهم المهارات الواجب استخدامها مع الصمم - المكفولين:

المهارات الصوتية (السمعية):

- الاستماع: هو إدراك وجود الصوت (لأن هناك صوت، الآن لا يوجد صوت)

- التعرف: أنا سمعت ذلك الصوت من قبل (تذكر)

- التمييز: أنا أميز هذا الصوت وذلك (ليساً متشابهين)

الربط: هذا الصوت يعود لذلك الشيء وذلك الصوت يعود لذلك الصوت الشيء، هذا أمي، سيارة أمي، الراديو - الخ

تلك لكلمة تعني أن الشراء قادم والسرير يعني أن أنام

المهارات المخفية (الخارج - تعبير)

لأصوات المحركة تلك هي أصوات اليكاه التي يصدرها الطفل الرضيع

انواعاً: أصوات تحريكة يسلها الطفل وسمع نفسه، قولها ويدرك أنه يعملها بنفسه ويعلم ذلك لأنه يسمع به.

التقليد: نقلد الأم صوت طفلها وتشجيعه على تقليدها فالطفل حيناً يريد أصواته بأصواتها ويقلدها، أول أصوات ذات معنى، يكتشف الطفل أنه عندما يحصل أصوات معينة أنه يحصل على نتائج مثلاً: إذا قال كُ عندما تلوح كرتة يهدأ من يده، تعرف أنه ما عنده وتطهرها له.

من المهم إدراك أن سماع الأصوات التي يعملها بنفسه فهذا ضروري لمهارات الحديث تماماً مثل سماع كلام الآخرين.

ذلك الحديث هو نشاط حركي وحتى بطور الطفل قدراته العضلية لإصدار حركات الفم الحلقية واللسان المتحركة الحلق لأن يكون قادراً على الكلام كما تعمل كما قمت سابقاً، بالرغم من أننا نعرض الفرصة على الطفل الأصم المكفول لأسهل

هذه الخبرات التي إذا كان قادراً عليها تمكنه من استخدام الكلام كوسيلة اتصال إلى جانب أنها يجب أن تتصل بطريقة الإشارة وتحميه من عدم وجود وسائل الاتصال

من الأفضل أن يبدأ منذ الأشهر الأولى يجب أن لا نفترض أن طفلك لم يتعلم شيئاً خلال تلك الفترة إذا كان طفلاً منضماً لن تكون بعضاً من خبراته سارة جداً، ولي يملك الإصرار على التماثل الذي يحمل الطفل بشعر بأمان، حتى نحسري هذه البيئة حتى خبرات سارة ويستطيع أن يمر وتعلم أن يثق من يمشون به، ربما يقاوم جهوده لتحفيزه.

لأننا في المرحلة الأولى نتعامل على ذلك، مهما كان عمر طفلك، ابدأ معه، كرس وقتك لذلك ولتتخلل في المرحلة الثانية فقط عندما تشعر أن كلاهما يستعد.

منذ البداية سوف تعرض القرص على الطفل الأصم المكفوف لسمع حديثاً وبشر بالإشارات، وهي الطريقة الأساسية التي يستخدمها بالاتصال الأصم المكفوف مع الإشارات على يديه وعندما يكون لديه بصر كافٍ تعمل الإشارات بحيث يراها (تكون على بعد ليسى له تميز الإشارة لأنها إذا كانت قريبة لن يتمكن من رؤيتها بشكل واضح).

كما ساعدت طفلك في السنوات الأولى، كلما سيفكر بطريقة صحيحة ويمكنك من الاعتماد من غنى هذه القرص التي عليه أن يتعلمها كطفل أصم مكفوف ضمن عائلته وبينه، كماي طفل آخر سيواجه الطفل الأصم المكفوف أياماً جيدة وسيئة، فليس منهم كم تخطط أنت برنامجك للطفل هو فرد ويمكن أن يحتاج لعمل الأشياء طفلة أو يرهب بالعودة للمرحلة السابقة، عليك أن تسمح له بالحرية.

هذا ومع مضي الوقت ستعرض لطفلك أكثر وتعلم متى تستريح دون أن تقهر ما بينه، لذلك إذا لم تقبل بالخطوة لبعض الأيام هذا لا يعني أن برنامجك لا يعمل، فقد إذا كان هنالك رد فعل ضعيف جداً وشراصل عليك أن تتعامل معاً إذا كان طفلك يفهم المطلوب منه وما إذا كان عليك أن تبحث عن وسيلة أخرى لإعادة توضيح المعلومة والتي تناسب بشكل أفضل.

مع الخبرة المطلوبة يستطيع ان يقول لك انه عادةً تنحصر تغيير مشاطاتك لأنها لا تبدو لك تتكافأ مرقوبة فان الطفل يحظى الاستجابة المناسبة

هذا البرنامج ليس أداة قياس للتقدم، المراحل تمرر في فقط تقسيم اعطاني على كل، يبدو أن بعض الأطفال قد أموها قبل عمر 3 سنوات، والأطفال الآخرون ربما يحتاجون سنة أخرى.

في هذه الأيام الكثير من الأطفال المملوك يدخلون الحضانة في عمر 3 سنوات وهذا جيد للطفل في عمر الحضانة وتأخذ الأم استراحة من العتبة المشرفة إدارة تلك الحضانة يجب ان تحظى فرصة لدواء البرنامج ويجب انتم الوالدين ان تعلموها كيف تتعامل وتصل بطفلك.

لاستمرارية شيء أساسي طبعاً كما هي الحاجة لك وللمعالم ان يحطروا معاً ولاستمرار البرنامج ليحظى الطفل الثلاثة الأكبر من هاتين البيتين، طبعاً أنت والعميد ان تلعبوا القوالب تكمل بعضها.

انضم يقف مهارة جديدة في الصفه أنت تزود طفلك بالفرصة لممارسة ذلك يومياً في أسواق ميسرة في البيت، الا إذا كان هناك حذراً بين جمع من يصل بالطنس، فانه لن يتقدم بشكل جيد كما يتوقع.

لكن حتى الآن، لا يزال طفلك بعيداً عن هذه الرحلة وعلياً ان بدأ من البداية، الفترة التي نحن بصددها تغطيها في المرحلة الأولى وهي الجزء الأصعب عليكم كوالدين هو الضغط العاطفي الذي يجب ان تعلمه ويمكن ان يكون الأسهل لطفلك لأنه الوقت المناسب الذي يحتاج فيه أساساً للحب، الطعام، الدفء والكثير من النوم على كل حال، الكثير من الأطفال للمعاقين لا يبدون بداية جيدة، هذا بالطبع السبب يكون هؤلاء الأطفال الصم الكفيفين خلال الحمل (الحصبة لأدائية خلال الحمل)، وعلمهم أن يتوجهوا تأثير المستوى لبعض الوقت بعد الولادة.

نحدث لنفس من طفلك، من السهل في هذا الوقت الانسحاب من حياتك الاجتماعية، برغم من انه من المهم جداً ان تشارك وتسمي صداقاتك، الأقارب والأصدقاء، يملكون الناس القيين عليك ان ترشح لهم وضع طفلك سيكون من

الضروري ان تبحث عن المساعدة من الناس الآخرين .. وسطاء .. لرعاية وتحميهم
لطفل لعاق، يتطلب منا إعطاء الكثير من القضا، سيكون من المرضي للشعور بأننا
نستطيع فعل كل شيء وان نتدبر أمورنا.

من السهل الوصول لمرحلة الاعتقاد بأن لا احد يستطيع التعامل مع الطفل
بشكل جيد مثلاً، ربما يكون هذا صحيحاً، لكن عندما يلزم الطفل علاقة جيدة مع
والديه ووالده عليه ان يعلم التقرب من الناس الآخرين، لأنه يحتاج للمساعدة من
الكثير من الناس طوال حياته.

عندما يكون مع الناس الآخرين عليك ان ترحل او تخرج وان تمنحهم بمكانك
لاجتماعية حتى تتمكن وتصبح أكثر حيوية وحسي بحس الوقت الذي تقضي مع
هملك

• الأهداف الرئيسة للمرحلة الأولى

- التعرف على الأشياء التي تحدث أوتوماتيكياً عندما يستطيع الطفل ان يرى
ويسمع لكن في حالة كونه بالنبه للطفل الأصم المكفوف عليك ان تفكر بذلك
بشكل واضح.

- معرفة طفلك وتزويده بالمعلومات التي تساعد على معرفتك أنت، بالطريقة
التي تتعامل معه بها، تحدث إليه، انقل إليه مشاعرك بواسطة لمس
- تزويده بالصور ووتبيه وإشارات تساعد على توقع ما سيحدث له
- تقديم أول إشارات

البرنامج للمرحلة الأولى:

- العلاقة/ الحب:

العمل يحتاج طفلك ان يشعر بحبك له بالطريقة التي تحبها بها وتتواصل
معه، عانقه، قل له، كن حياً تجاهه، لا يستطيع ان يرى صوته أو صداد أو تسرف أن هذا
سيزور به، لذلك استمع بالطفل كما هو
حاول ان تسرخي عندما تحبها أو فته مبشر بحبيبتك ولن يكون برنامجاً

- الشم / النمس

العمل استخدم حطراً جيداً واستخدمه دائماً قدر الإمكان، لتردي ملابس من نفس القماش عندما تحضنه (لتربول الخاص حل بسيط).

مبدأً عنه ان يحصل على الأشياء التي تساعد على التعرف عليك اذا كان سيكون علاقة ممكنة، أنت تقول له هذه أنا.

- الاتصال

العمل إذ كانت هناك مقاومة من الطفل في الاتصال بك بسبب البداية المتأخرة ربما يستجيب طفلك لمحاولاتك لإقامة علاقة معه، في هذه الحالة من المثير ان تحبس نفسك بشدة بدرايك متجاهلاً مقاومتهم لقدرات قصيرة (من 4-5 دقائق) وليس أكثر من 10 دقائق.

تحدث إليه وغي، هذه وشدة، لجذب انتباهه بأي طريقة لكن أبه مريباً منك اذا فعلت ذلك بكظم يومياً، سيتعلم طفلك تقبل ذلك، ثم اذا أصبحت الأشياء التي تعملها مألوفة سوف يبدأ بالاستمتاع بها، وستصبح وقتاً للعب فيتعلم فيه المشاركة وبالمشاركة يتعلم.

الطريقة تسمى "وصفة للعب المكثف" وقد استلحمت بتجارب مع الأطفال المسم المكفوم حتى بعمر أربع سنوات حيث تكون مقاومتها للاتصال قوية جداً.

العمل انتبه للمساتل التي سيبدأ طفلك باستخدامها للاتصال بك ومنها ما يلي:

- بطرق الحكمة المختلفة التي تشير إلى انه جائع او غير مرتاح، متعب، لم يشعر بالوحدة فقط.

- لم لاحظ إذا كان سلوكه يتغير عندما تلمسه او عندما لا تلمسه، تحدث اليه، تسبق في وجهه، دعه يترك الحظر الذي تستخدمه مثلاً هل يتحرك بهبطه باتجاهك، يبت ويهوى ماداً كأنه ينظر حنوت شيء آخر، اذا كان مرتاحاً عندما تحبست.

الاستجابة لهذه الاتصالات من الاتصالات المتحدث إليه، ملاحظته وجمعه يشعر بالطريقة التي يتصور بها وجهك عندما تنضم له، بهذه الطريقة يصحرف انك تلقى رسالة (أي أشعرو).

لماذا تطور العلاقة والاتصال المبكر بين الأم والطفل يعتمد على الاتصال البصري وتعبير الوجه، الذي يلتفت لها الطفل الأصم المكفوف بهذه المرحلة علينا ان نبحث عن أشياء أخرى نذكرنا على انه مشترك لنا وان نستجيب لهم بطريقة يعرف فيها الطفل أننا استجبنا.

رؤية لأم طفلها وهو يمشي، إنها عملية ثلاثية حيث أننا بطريقة ما نسير مع الطفل الأصم المكفوف لكن عليك بالصبر فقط.

- الاستماع

العمل يحدث لطفاً كأنه يستطيع سماعك من تصد، عادة نحصل له ركب نحه؟ ضع الكثير من الملاحظة في مرة صوتك

برغم ان الطفل الأصم المكفوف لا يمتلك سمعاً كافياً لتعلم الكلام، يستطيع استخلاص أدلة بعيدة من هذه التفرقة من حركات جسمك، الاهتزازات التي يشعر بها على وجهك وحلقك عندما تحدث وهذه العملية سيتعلم الكثير منك.

- أول إشارتين

العمل عندما تستطعي كلمة ماماً أو اسمك شدي على ذلك وعندما تقولي ماماً شدي يده واللسان صدرة بركة.

لماذا هاتين الإشارتين تعني ماماً و أنت، بعد ذلك نحصل على إشارات خاصة بكلمة ماماً والاسم طفلك.

- الاهتزاز

العمل وضع رأسه مقابل صدرك، بعض الأحيان عندما نتحدث إليه حتى يشارك الاهتزازات (عارف الاستماع لصوت شخص بهذه الطريقة بنفسك).

لأن الاهتزازات يزودها مادة حول الكلام، ومن ثمك وربما يرتاح للاستماع
لذلك، عليك إذا حرفها كجزء من حياته.

- الإرضاع

العمل، إرضاع طفل يبدو صغيراً دائماً ولا حول له للبدء معه، هو لمن
الحب والحكمة الحركة جداً لحظم الأمهات

إذا كان طفلك قليل الشهية يكون قلقك الطبيعي مضافاً للمشاكل، اعلمي على
الاسترخاء ومحاولة عدم القلق.

استبيري طبيبك إذا كان لديك احضام شديد بالرضاعة الفلق غير المبرر بوضع
حافلك الثمينة، الكثير من الأطفال الصم المكثوفين يعانون من المشاكل في الرضاعة
لكن يبدو ان الأمر لن يسوء أكثر.

هذا لأن الأطفال يكسرون صغار عند الولادة وبعضهم يحتاج لرضاعة مستمرة
لغزة لكن حاصلي على فترات متعظمة فهو الإمكان لأن هذا يساعد على ساء
التوقعات بأن الأشياء تحدث بانتظام.

الرضاعة متعبة حقاً للطفل الأصم المكثوف وربما لن يستطيع الاستمرار بعمله
من حتى يحصل على كمية الرضاعة المطلوبة للطفل بمثل عمره.

- الإشارة

العمل، المضي شغري طفلك بركة يا صبيك قبل البدء بأي رضاعة، هذا لتسولي
له انه ولت الرضاعة وحده إعداداً للإشارة "الطعام".

- اللحم

العمل، إذا كنت ترشعين طفلك من رجاجة لوضعها بحيث يتمكن من شم
رجاجة، فليطلب قبل أن تلصقي شفاهه ثم دعيه يرضع.

لماذا، الرجاجة تدل على وجود شيء هناك وكل معلومة صغيرة من هذا النوع
تستطيع امت ابتباه الطفل لها هي قيمة جداً له.

- الحركة

العمل حركي بطلق وخطه من مكان لآخر، إبداعي حالاً بإعطائه إشارة بأنه سيحصل ويرفع ذلك مكان ما بأن تربتي على قواعده بطلق.

عندما تنزله الى أي مكان دعه يشر بوزنه على الفراش قبل أن تسعي يدك من تحت

لماذا، هو لم يبد جزءاً من شيء متحرك، لكنه هو بفضه شيء متحرك، به حركة سريعة مفاجئة لابد أن تخفيه لذا علينا أن نساعد بهذه الطريقة كي يتوقع ما سيحصل العمل عندما يصحو لفترات قصيرة وقبل الرضاعة، احمله وحشي معه وضعه أمامك لي حافة أطفاله.

لماذا، هذا يساعد ليختبر الأشياء والتي كانت تعني الأمان له قبل الولادة، وتزوده باتصال قريب وخيرة في حركة المشاكة التي تزيد من معرفته لك وبخير، يحدث من خلال حركتك.

الروتين

العملي حاولي التعامل مع طفلك بغض الطريقة لكل عمل روتيني يحدث باستمرار خلال كل يوم، مثلاً، احلي طفلك للرضاعة بطريقة تختلف من الطريقة التي تعبرين فيها، ملابسك أو تحميمه.

اد، كانت طريقة حله هي نفسها دائماً لتتأبط ما سيحصل على دليل آخر لمعرفة ما سيحصل

لماذا، لطف بتعليم تحير الأشياء التي تحصل بانتظام ومساعدتهم في العمل الذي يحدث، حينها يدرك الطفل وتعلم المشاركة في نماذج الحياة اليومية

البصر والسبح تزود بمعلومات مكثفه، علينا أن نزوده بالكتلة بطرق اخرى حتى يستطيع الطفل الأصم المكتفون أن يطور توقعاته.

- الاستحسان

العمل صنع الملاهي الدافئة والمسخ فجاء يد مبللة عليها صابون ليس: تجربة مارة، هناك ان تدفع الفرقة وان تستحقني متأكد دافئة ويدان دافئتان
تلقدي حرارة الحمام صدر وما إذا كانت يدي طفلك ورجلاي يسدوان باردة او دافئة ليس الدخاب للمحمام.

لماذا، بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب في القلب ودرءا دعوية ضعيفة، ولذلك تكون أيديهم وأرجلهم أبرد من باقي جسمهم والماء الذي يمسس درجة حرارة الجسم ويمكن ان تجعل الطفل يشعر من الاستحمام لبعض الوقت
العمل استحمي الحمام دائماً للاستحمام والإخراج

لأننا سيترك طفلك مريحاً الفروق بين الأشياء الملمة التي تلمس به، رد، حمه وجعله يخرج في أي مكان قد تم سيقف الأدلة التي تساعد على استخدام المكان الصحيح لهذه الأشياء فيما بعد

الإشارة

العمل تبني طفلك لا يحصل باستخدام الصابون اننا له واحدة طيبة حتى يستطيع ان يتنعم قبل الاستحمام، او غمي كذا عليه في الماء قبل ان تنظفه دعلاً
- الصورة الجسدية

العمل عندما يتزعج ملامحه سواء قبل الاستحمام أو بعده، داعي جسده برقة كأنك لدلكيه

لجدي انه من اجراء جسمه عندما تلمسها

لأننا لمساعدته على ان يعتاد اللمس وان يعرف لمسك وهذه أيضا طريقة للإقامة علاقة تكلمكم.

العمل: معدي طفلك على بحث أثناء تغير حلابه ومخلال أعمال المساج الروتينية.

هذا هو يحتاج أن يكون بهذا الوضع مكرراً قدر الإمكان لتجنب كراهته له
كما هو معروف بالنسبة للأطفال الذين يعانون من مشاكل في البحر
العديد من التمارين ضرورية لنمو القدرة الحركية التي تحدث في هذا الوضع.

- الإشارات

العمل لا تستخدم أكثر من ضوء الخافت عندما نحضر في لوقت نهلاً (الضوء
الخافت لاستخدامك أنت فقط).

عندما تضع نهلاً وتوظفه صباحاً، استخدم في حوضاً ساطعاً جداً في الغرفة (من
من مصباح جاذبية موجهة إلى السقف لإعطاء إشاعة شاملة أكثر من مصباح ينزل من
وسط الغرفة).

لاد الضوء والظلام يساعد على تنظيم نماذج نوم الأطفال، ربما لا يكون
هناك فرق بالنسبة للطفل المكفوف أو يصر جرياً لذلك علينا أن نحصل بيننا به، بهذه
الطريقة مختلفة.

نحن نكون لوقتاً تساعد الطفل الأصم المكفوف على أن يفكر الأحوال التي
ربما تبدو متشابهة بالنسبة له، لأنه لا يستطيع أن يعرف العوامل التي تجعلها
تختلف بالنسبة لنا.

- الإشارات، استخدام الحواس، تغير الحفازات، الإحراك الجسدي

العمل قبل نزع الحفاضة المسمحة وركبه يلفظ من أعلى لأصغر المسمحة وركبه
ثانية فقط قبل أن نضع الحفاضة الجديدة.

لماذا: هذه إشارات تنبيهية أخرى وهي إشارات مبكر للإشارة للحساس للإنزال
المتطلون قبل استخدامه للحمام.

- اللبس (عن طريق الإشارات)

العمل المسمحة يلفظ الجزء الذي نريد أن نلبسه من جسمه، قبل أن نلبسه
مثلاً إذا كان (المرحون) مستخدم الحفاضة أولاً، فقط المسمحة ساقه قبل يديه وقروني
جميع ساقه فيه.

لماذا ذلك يساعد علو نمو قدرته على التنبؤ هو لا يستطيع ان يرى الملابس قادمة باتجاهه، سرف يتناد بسرعة على الناس ويطلب الملابس ويستطيع ان ينقل من إشارات التذكير هذه حتى يستعد لتعلم أسماء ملابسه.

- اللعب

العص. طفلك صغير جداً يلعب بأحاسن طفلي، لكن كلما تعلمون به وتحدثني إليه أرفعي يديه

لماذا، يدي طفلك (سأ بين يديك أنت) ستكون أداة تعلمه الرئيسي فيما بعد، عليه أن يعلم أن يصير على لمس يديه وتدريبها مبركراً قدر الإمكان.

العص. مثل كل الأطفال يشجع طفلك الأصم للكثوف بكونه يتأرجح، من المعتقد انه جيد لهم، يساعد القوية العضوية والتنفس، عضلات الصوت والهمهم ويريح لطف دائماً في لحظات الضغط

هذه الأسباب علينا ان نحتر التآرجيع جزء من لعبنا مع الطفل، يمكن ان يصبح عادة نفع في طريق التعلم مع بعض الأطفال المتأرجحين بصرياً وسمعياً، لكن طالما وودناه بالكثير من الخيارات للتعلم كلما كبر عمره علينا ان نتجنب حدوث ذلك

مهارات التواصل للأطفال الصم - للكثوفين

أمل باستخدام الأكتاف في المرحلة الأولى، تبدأ في هذا الجزء من الفصل برؤية نوع المعلومات التي يحتاجها الطفل الأصم للكثوف والطريقة التي تستطيع ان تزوده بها، أعماله اليومية اليومية لا تختلف عن أي طفل آخر لكن علينا ان نخطط لها بحداد أكبر

في المرحلة الثانية سنكمل بنفس الطريقة لكننا مستطبع انتباه الطفل بأحساس أشياء أخرى (ويجب ان تؤثر هذه الأشياء عليه فحسباً)، ونطلب الدلائل الأخرى التي تصدر عنه ونخبرنا انه سيصبح مشتركاً لهذه الأشياء.

أولا بعض التلميحات من هذه الفترة في حياة طفلك، انه غالباً الواسع الذي تبدأ بالشعور فيه بأن الأمور مستقرة عندها يواجه وطرفات للمستشفى أو دسوف

هذه يحيط كل أعمالنا الروتينية الجيدة التي نخطط لها، ويحيط الطعم نفسه إذا ذهب طعمك للمستشفى الذهني منه حتى لا تقطع علاقتك بالشخص الذي يعرفه جيداً حتى الأقل، بعض الأحيان البتة المختلفة يمكن أن تحضر تغيرات هامة، وعلى الرغم من يحاول الحصول على شيء إيجابي كما هو الحال بالنسبة للفائدة الطبية الواضحة.

عليك أن تعلمي لمثل هذه الأشياء خطواتك الواضحة الأشياء المبكرة التي يمكن أن توضع بشكل صحيح مبني وهما بالشكل الصحيح، والأهم منها سيكون هو الفائدة بالنسبة للطفل.

هو أيضاً الوقت الذي يتوقع فيه من طفلك أن يبدأ بتناول أول طعام صلب، وأحياناً تكون هذه فترة صعبة للأطفال الصغار الكفوفين وقد شعرت ذلك بالتصاعيل في هذا الجزء من البرنامج في المرحلة الأولى بدأتنا الاتصال باستخدام إشارتين أنت وأنت، وبدأنا باستخدام الإشارات لتبني الطفل لما سيحدث له مثلاً ربط راحته بخليب يوقب الرضاعة.

نحن مستخدم هذه الإشارات حتى يأتي الوقت الذي نعرف فيه أن العمل مهم ما نعلم هذه الإشارات، ثم نستبدل الإشارات الخاصة، لكن هنا ما زال بعيداً بعد بعض الإشارات هي توقعات طبيعية تستخدمها كذلك سواء كنا نتحدث أو كبديل للمعنى، مثلاً:

- ألولح يديك - مع السلامة

- نمبر أصابحك خلال شعرك - التمشيط

من لإشارات نشأ إشارات عامة، ومن الإشارات العامة نشأ إشارات محددة، مثلاً: نطق من ليس شفي الطفل قبل الرضاعة (إشارة)، تقدم لإشارة أنطعم ونعني كل أنواع الطعام، وسنعمل بعد ذلك الإشارات لكل نوع من الطعام (تكون تدريجياً)

كما نعلم من خلال المراحل الستة من هذا البرنامج سيكون هناك إشارات جديدة وعلامات.

سيبدأ تدريجياً بزيادة العدد مع كل مرحلة والمقصود هنا من عدد من الإشارات الاتصال سيكون دائماً الجزء الأعم من أي برنامج للطفل الأصم المكفوف، لكن الحركة أيضاً مهمة لعمل الاتصال الفصلي، طبعاً الحركة مهما كان شكلها ليس فائدة بالاتصال لكن لأن الحركة تسمح بالاستكشاف الذي يجمع الطفل من خلاله المعلومات مما ولغته فيما بعد.

الحركات المتكررة المتصكة سفل ومبدأ الطفل بحركة عشوائية أولاً ثم ستكون مقصودة سريعاً.

من الطبيعي أن تكون هذه فعل الطفل الأول في له وجملة يلمس شيئاً، ثم ما يشعر به مستجيبه للوصول إليه واللمس بنفسه (التقاطه)، ثم يتعلم أن يحركه ليرى، يلمس، يمسك شيئاً يمسحه

إذا كان يعتقد أن يعاني من ضعف بصر ومصح سيكون الدافع للاستجابة بالتحرك ضعيفاً، لذلك فالتجديد ومثل متجهة له لتحرك تصبح هامه جداً، برنامجاً، بالإضافة إلى أنه يجب أن نحيط بترك جسده والحركات التي يستطيع القيام بها مع أطرافه، مختلفة والتي مسيطر عليها تدريجياً، وعندما يستخدم قوته اليمية كي يتحرك عليها أن نلاحظ ذلك لأنه سيختبرنا مقدار كبير حول ما يشعر به، ماذا يمكن أن يعمل، فوق كل ذلك ما لنا يتغيرنا هو

من المقترح مبدئياً أنه ربما يواجه طفلك صعوبة في الاستماع إلى أكثر من مصدر للإجهاد بنفس الوقت (أي أنه أولاً يلاحظ الأشياء باللمس، ثم البصر وفقط عندما يصبح أقل ارتباطاً بالبصر سيبدأ بالاستماع) وعندما يصبح جهازه العصبي يتعلم أن يوجد كل هذه المصادر للمعلومات ولن يستخدمها معاً، غالباً جداً ما يدرك أن الطفل الأصم المكفوف الذي يصر قليلاً يصبح مدفوعاً لاستخدام ذلك وحتى أننا ربما نملك بأنه يسمع الأصوات ويدرك أنه يتجاهلها.

ستتوقع فقط ستكون أو فخره من الأصوات الغير مرتبطة بأي شيء يمكنه له أو رؤيته بشكل غير واضح، مثلاً طرق الباب، جريان الماء، تشغيل السيارة، الخ.

لكن حتى هذه الأشياء يجعلها كلياً في الغالب، عدم الإصرار هذا يجعل من الصعب تقدير ما إذا كان هناك سمع متقن له، لكن عليك أن تستري بالتجارب والرضا بهذه، الأصوات التي من المحتمل أن تصبح ذات معنى وتجذب انتباهه وإلا سيهدد اهتمامه بالاستماع ولن يستخدم أبداً الصفات التي يمتلكها

عندما تتجولين في أرجاء المنزل مرري نفسك على ملاحظة (الأداة البصرية التي تعطيه أن طفلك قادر على رؤيتها، شربها، ومكس أن تساعد على إغرائها، لأصوات ولاهزئات التي يمكن أن تعني شيئاً له (الصور من الغاطلة، خطوات الأقدام عندما تمشين إليه).

حاولي أن تتجولي به في المنزل وعينك مغلقة والأشياء التي تسمى بها تساعدك على التعرف على الأماكن المختلفة

عده الأيام معظم الآباء يشاركون في الرعاية المبكرة لأطفالهم وهذا يصبح مهماً جداً. لأن لطعمك، حيث يمكن أن يكون الأب شخصاً إيجابياً جداً بمكانته الخاصة في الطبخ صط (عادة الحركة مثل تقفز فوق وتحت) وميزة جلوسية يستطيع أن يمنحهم الطفل أنه تعود له، إلا إذا كنتم أتم الإثنان نفس الطول فإن الطفل سيدرك الارتفاع الذي يمس إليه عندما يملك أحدهما أو يلتقطه.

اعط طفلك الوقت لتقبل الجديد وسيتعلم أن يمر عتاه وناثريه عليه، لا تتوقفي استجابات موروثة، حافظي على استمرار المصليات وهذا بأحد، معلومات الكتابة ومساعد بشكل متطور سيستجيب.

تذكرتي كل شيء يجب أن يكون ساراً وحنناً لكلبك، إذا كنت سعيدة وتستمعي بالأشياء سيلاحظ الروح المرحمة منك

الحسن، على القرائن أن طفلك يعرف أنك موجودة هو يحتاج لتعلم ما هو شكلك، لملاحظ أنباء أخرى عنك إلى جانب الرائحة وطريقة التعامل.

- تخلي يداه وضعهما على وجهك حتى يشعر بملمها (الشعر، العين، الخ).

- ضعي يديه على وجهك فتشك أو حلقك عندما تشكلون، تفر له حبل الذي تريدني أن يشعر به ويرده عليك.

لماذا عليه أن يكون أولاً صورة لك وثم الآخرين حتى يتقارن ألبصيرة التي يملكها نفسه (بمصادقات) وتكون يصبح مدركاً لحيته كشخص مستقل عن الآخرين.

المن. ضمي (بكله) كتليل تلمسه مع يدي طفلك عندما تحمله (أو تتواضعي لتحدث معه) وأن تلمسي بهذه الطريقة وفوراً للمسي صدرك يدي طفلك إذا كان لديه بعض الإحساس لتستطيعين أن تستخدمي شيئاً لونه براق، لكن يجب أن يلمسه.

اختاري شيئاً يمكن طفلك من إقامة اتصال مشابه مع والده (حبة أو شارب ستكون مثالية أو رقيقة حتى أو شاة طلاء أنه خطفه غاماً من الشيء الذي تستخدمه أمه)

عسي طفلك كيف يلمسه أو يشعر به ثم ضمي يده على صدر أبيه لماذا كل شيء ستعلمه لجل طفلك يدركنا ويدرك الأشياء التي نمرنا يساعد على بدء علاقة معنا.

- الإنصاف:

المن لاحظي إذا كانت طريقة طفلك في الاتصال تتغير

الاتصال من الطفل إليك:

العمل هل يمكنك أن تعرفي الفرق بين بكائه عندما يجموع وعندما يكون صبر مرتاح؟

هل يصدر أصواتاً غير البكاء، أصوات سعيدة؟

هل يقوم بحركات جسدية كتحريك شيئاً

يلتوي، إذا كان صبر مرتاح، سرح من حركات الفرحة عندما يكون سعيداً وهكذا؟ إذا كنت تعتقدين أنه (يعرفك) ماذا يفعل ليجعلك تضحكين ذلك؟

هل كل الوسائل التي يتصل بها طفلك معك، إذا كنت تعتقدين أنه جالس مثلي طبعاً أو مائلياً لكن بطريقة ما عليك أن تفهمي طفلك يدرك أنه اتصل بك وأخبرك حاجته فقد روده بالشراب

من ناحية أخرى ربما لا يدرك أن الصوت الذي أصدره هو الذي جعله يحصل على الشراب أو ربما يعتقد فقط أنه اتصل مع الزجاجية.

البصر والسمع يوفيانا بالاتصال بالطريقة المادية، أنه اتصال حيوي جداً، عسى سبيل المثال إذا كان بكائه بسبب الجوع للتقطيع وحله بنفس الشيء الذي ترينين أن لقوله لطفل وسمع، إن الأمر لم يفلح، فكيف ثم من الأعمال يمكنه أن يصيحه وتلصحه دون معلومات بينما أنت تخطئه كلياً عنه.

لا حظي إذا بدأ طفلك بمعرفة شيء من الإشارات التي كنت تعطيه له، مثلاً هل هناك أي حركة من ذراعيه بالاهتمام عندما تعطيه إشارة أنك ستعطيه، أو حركات جسدية مشابهة في لبس الملابس وعلمها.

لماذا إذا لم تدرك جهود الطفل كغيرنا ولم تسح له بمعرفة أننا ندرك ذلك لأنك ستؤكد كيف تترجم الرسالة أو علينا أن نعمل تجربة أو طريقة الصبح أو الخطأ، دعه أن يكون متجرباً للمحافظة على ذلك.

الإشارة:

العمل عندما يظهر لك سعته عليك أن تعطيه بعض الطعام مثلاً أو تفيري حفاضة وسبق لك (شكراً) بطريقته الخاصة أعطيه إشارة كالولد الجديد، استخدمها كل الأوقات لتشيريه له بأنك مبرورة لما فعله.

- من طفلك.

العمل الآن لا نتحدث مع طفلهما بكلمات فردية، هي تستخدم جمل بسيطة مع التأكيد على الكلمة الرئيسية.

هي لا توقع من أن يستخدم الكلمات لوقت طويل وعندما يفعل ذلك ستقبل منه كلمات فردية أو حتى نصف الكلمات ليبدأ بها.

سنهدي جمل بسيطة للطفل الأسماء المعروفة حولها بنفس الوقت مع التأكيد على الكلمات المهمة.

على يد طفلك (تفضل على الأرجح) وقولي لشكري كما يلي

- وقت الطعم:

العمل: هل أنت جائع؟ ضعي يده على صدره (= أنت)

ثم امسحي بطريقة دائرية على صدره (= جائع).

ها هو طعامك / شرباك، ضعي يده على زجاخته حتى يعرف أنها موجودة ثم ضمها على صدره (= لك)

وعل فمه (= طعام / شرب).

- وقت النوم:

العمل: حان وقت نومك، ضعي يده على صدره (= أنت) وإلى جانب رأسه

(= نوم) الجانب الذي مسخيته عليه لينام.

- وقت الحمام:

العمل: إنه وقت الاستحمام، ضعي يده على صدره (= أنت) وامسحي بقطف

من ربة حتى أسهل صفوه عدة مرات (= استحمام)

هذه الإشارات يجب أن تعطى قبل الحدث مباشرة قدر الإمكان وإلا فهي لن ترتبط بالشئ الصحيح ولا تفسى التكرار الإرشادي دائماً

لماذا التفسير القوي

- الاستماع:

العمل: رائي ولا تعطي الإدراك الذي يظهره طفلك للأصوات البهية، مثلاً

طرق الأبواب، جرس التليفون، الموسيقى، الأصوات أو أي صوت تصدره الألعاب، ربي تبهين لربية له

راي كيف يستجيب، هل يتوقف ماذا يفعل؟ خومي بإدارة رأسه خلفاً ودهيه

يلتفت عنده أو يجلسه هل يأخذ وضعا جسدياً يدل على أنه ربما يسمع؟

ما مدى المسافة التي يظهرها بأنه وإع لصوتك.

لماذا، ملاحظات من هذا النوع مفيدة للأطباء اختصاصيين السمع الذي

يجاولون أن يحددوا مدى ما يسمعه طفلك من وقت لآخر

سيساعدك ذلك أيضاً على أن تعرف أي أصوات تهمه وأي يجب أن نكون تلك الأصوات.

العمل بالأحوال الروتينية التي تحدث باستمرار حاولي بها أن تستخدم بعض المصطلحات المحددة جداً (المشابهة التي نستخدمها مع الإشارات والتي مستلزم مع إشارات الخسبة فيما بعد).

مثلاً عندما نعمله لعمال لئلا عندما نضبطه في سريره سألوك عتدا يأخذه بابا من دما أهيب لوالدك.

لماذا الطفل الذي يمتلك بعض السمع القيد يجب أن يسمع أصوات الحديث إذا كان يستعمل الكلام.

على كل حال الكلام مفيد جداً للطفل الأصم المكفوف ليلقط كل العناصر ويذكر نفس الأصوات خاصة إذا كان دون دلائل بصرية لحركة الأشياء وتعابير الوجه مع الاستخدام للتعبير هذه المصطلحات تساعد على معرفة معاني الكلمات التي سيتعلم إشارتها الحقيقية المناسبة فيما بعد.

العمل وما يكون هذا هو الوقت الذي يطلق فيه طفلك مع وسيلة سمع إذا كان من المحتمل أن هذا سيكون ماعداً له.

نأكد أنك عندما تضعها كل مرة أن للطفل سيسمع أصواتاً مبهجة (لحمة عجيبة مثلاً)، اختبر يستمع بسماعك تقبها ويرقص عليها أو أي صوت تعرفي أن يحبه.

انتهى التعليمات المطلوبة لك بخبر حول وضع أو نزع الوسائل، إذا رفض الطفل نسلطهم أن تحاولي تعويده على وضع سماعات الأذن لظط لبدأ بها، لكن أعطه الوقت ليصبح معتاد على كليهما وسيلة السمع وتغيير الأصوات للمرة الأولى وإيقاف منها.

حاولي أن تعلميه يعرف الأشياء التي تصدر هذه الأصوات واجعلي انتباهها فما بطرق أخرى.

لداد. وسألقى السمع فقط تخضع الأصوات، وإثنا لا تجعل الطفل يسمع، يجب أن تكون الأصوات ممتدة ولها معنى إذا كان على الطفل أن يشكرها ويبرها، يجب أن يشجع اهتمامه ويخلق أجواء تعطي هذه الأصوات معنى.

- الحروف:

الحسن ربما يبدأ طفلك بإصدار أصوات جديدة الآن، احتيلاً من لأن نرسم بعض تسجيل قصير هذه الأصوات مع ملاحظة الوقت والتاريخ.

إذا سبورتك ذلك بسجل لمعرفة ما إذا كان يتطور مستواه أو أنه بدأ بتكرار لأصوات مثلاً: التفرقة

الحسن نسخي أصوات الحروف التي يصدرها طفلك ورائي ردة فعله للمرة ١٥. سمعت وأنت تصدرها.

مرحلة التالية ستكون بتشجيعه على تكرارها عندما يسمعك تقلبها، ربما يكون ذلك مبكر جداً. لكن إذا استطاع أن يبدلها شجعي تبادل الأدوات

لماذا تبادل الأدوات هو أساس التفاعل الاجتماعي، مرحلة أساسية في تعميم الاتصال.

أعط طفلك الكثير من الوقت لتعليم استجابته قبل أن تعرضي عليه نموذج آخر من الصوت الذي عمله.

- اللعب:

الحسن. سيصبح طفلك لفترة أطول الآن، بعض هذا الوقت يجب أن يقضيه بالقضاء مع شخص أو لوحده في حجرة.

اللعب يزود بالكثير من الفرص لتشجيع الطفل لتعلم استخدام بعضه وصمعه ومساعدته لممارسة مهاراته الحركية، بينما يجب أن نرى في ذهنت الحاجة لعمل اللعب خبرة تعليمية، ولكنهما يجب أن يكون ذلك معاً دائماً حيث أنه يربط العلاقة التي بدأت في المرحلة الأولى

- مع شخصي.

العمل: خذوا أوحركوا معاً افتحوا مع تامل التفضيلات، ارفعني على موسى
متنوعة وطفلك بين ذراعيك.

امرحي معه الغزي واحبلي معه وهو بين ذراعيك، مره يرق لأعلى وأسفل
على ركبتيك، هزي معه في كرسي هزاز ونامي على الأرض وحزه بطف من جانب
لآخر

لماذا: لأطفال الأصم المكفوفين يحتاجون للتعرف على الحركات من خلالنا
لكن من طريقتهم الخاصة في التصرك ولطفك هو يحصل على أدلة تبعه على
معرفة، وأيضاً لا تنسى أنه كل مفهوم للعبة ما يعيب أن تطبي للطفل مفهوم
إشاري

- اجل محددة:

العمل: تخبني إليه عما تفعله، إذا كنت مثلاً تبحثين معه قولي تدور وتدور،
فب وناكدي من أنك توقفت فلما عندما تقولين كف.

انتظري فترة ثم كرري، التجربة المهمة إنها تطبي الطفل الفرصة (إذا أحب ما
تفعله) سيجادل طلب تكرار ذلك مرة ثانية، راني في نوع من الحركات الصغيرة التي
يمكن أن تكرر، هي فقط إشارة إلى التزيد وإذا كنت موجهة استجبي فوراً بتكرار
النشاط مرة أخرى.

عندما يلاحظ الطفل أنه يتحكم بالروح وأنه يستطيع أن يحصل على ما يريد
بهذه الطريقة، فله خطا خطوة كبيرة للأمام.

إنه من الضروري جداً أن تراتي هذه (الإشارات) من الطفل لك وأن
تستغني إشارات الطفل نفسها عليه فأكلة حل تريد المزيد، حتى يعلم الطفل أنك
لم تفهمي رسالته فقط بل تستطيعي إرسال نفس الرسالة له

لماذا: إن عبارة الطفل الأصم المكفوف الأول للحصول غالباً ما تكون زائلة
لأنها تفقد بسهولة، فإنا عندما يمكن أن يتوقف عن المحاولة.

- الأناشيد.

المعمل غني بالتقليد الأقال البسيطة مع الحركات عندما تجلسي طفدك في حطبتك وظهوره مثباً مقابلتك

مما تفرح المشودة قصودك على الحائط وتستطيعين أن تجديها وتجددي أناشيد حركة أخرى في كتاب مسرحية إصبع اليد المصغرة أو مسرحية إصبع (روسترون) لأغاني الروضة.

إذا فديها حسب اللحن ستكون حركاتك حسب اللحن أيضاً، فعلي ذلك برتان أو ثلاثة على الأكثر لكن كرري ذلك يومياً.

استخدمي لفظ هذه الغنائية خلال للرحلات لعملها بطريقة الأيدي فوق، بالطبع لاحظي إذا ما بدأ الطفل بمعرفة تسلسل الحركة ومن خلال يديك تستطيعين أن شعري به عندما يبدأ بمشوارك ببعضها.

لماذا الجلس البسيطة والحركات والصوت يساعدون على نمو القدرة على تذكر الأحداث، ولاستعداد للمشاركة (الاتصاف باليك) وبعد ذلك التقليد (لوحده).

المعمل الفنية البسيطة في الحوض والتي تعبط على حركة الطفل هو جلوسه ووضعه في حوضك وأن تحركي ذراعيه يلفظ أعلى وأسفل وجاناً وأماماً

جلي يديه معاً وضميمي على وجهه، اعلمي تسلسلاً بسيطاً هذه حركات وعملهم دائماً بنفس المترتيب، كل مرة ثلاثة فوق، تحت، الخ.

- إفاضة اللعب على الأرض:

المن: استخدمي سجادة أو بطانية خاصة لأوقات اللعب، حيث أن جلوسه عليها يعمل كإشارة للطفل لا سيجعل عندما يعتاد على النشاطات التي يقوم بها في هذا المكان بالذات.

اختاري شيئاً جيداً، ثوباً برتقالاً ولست أقل من أربعة أقدام مربعة لأنه فيما بعد ستحتاج لتشجيع الطفل على أن يحرك عليها.

لأنكار التاتلية بعضها بمشاكل استخدامها عندما يكون الطفل على بطانيته الخاصة بالدخيل.

المعلم شاركي طفلك على بطانيته وتحدثي بهدوء إلى جانبته، لا تهرسيه لفظ لاحتظي إذ أدرك أنك موجهة، واستجاب بالاقتراب منك لاحتظي كيف يدعب ويتحرك هل يجب أن يلفظ على الأشياء أو أن يلفظ حول نفسه، هل يبدو مهتماً بمصادر الضوء؟ هل يبدو وكأنه يستمتع؟

لماذا: الطفل نفسه هو أفضل مصدر للمعلومات وإذا بدأنا بما يسره، إذا استطعنا أن نشارك به بفعله متمكن من قبضته نحو الأشياء التي يريد أن يهتم به ونشجعه على الاختصاص إليها.

المعلم لاهية بالملاب الفوخر الخفيف (القرص) مثل (مغور ودور حول (مديقة)

لماذا: نحن لا نستخدم هذه الأشياء لنشجعه على التحرك لأننا نحن من يقوم بهذه حركاته.

هنا نحن نحقق غرضاً للمشاركة، نحن بدأ بإدخال الأصوات، الكلمات ومن الآخر، المتعة من جد الطفل بالقليل، أولاً بشكل بطيء، ثم تدريجياً نهد لباء سريع في رف الصوت والظرف من الطفل.

نستطيع أن نعلمي الكثير من التسلسل هذا كي يلعب على الأرض.

المعلم انهي لعبة وضع يديك على عيني طفلك وتم تركه أو ضعي رول ورق على وجهه لم أزيله، إذا كان قادراً جسدياً، ربما فعل ذلك أو تستطيع أن تعلميه كيف يفعل ذلك، هذه اللعبة يجب أن تكون متعة، أعطيه الكثير من المديح عندما يحاول أن يفعل ذلك لنفسه ضعي المصاف على وجهك أنت وحاوليه أنه موجود وساعديه في إزالته.

لماذا: هذه خطوة تمهيدية للتعلم بأن الأشياء تبقى موجودة حتى إذا غابت عن النظر أو لا يمكن لمسها (بقاء الأشياء).

- الإحراك الجسفي:

العمل الذي مع يديه وقدميه الخافيتين، مسحبها بأفراج خفيفة من لفافش،
انغمي عليها

اربطي أجهزة صغيرة أو خرافيش على قدميه وعلى رجليه لفترات قصيرة
- انظر الحركي.

العمل عندما ينال الطفل على ظهره يبطانية شديدة على إدارة رأسه من
الوسط إلى أحد الجوانب ثم من الوسط إلى الجانب الآخر

استخدمي مشعلاً تشجيه على التحرك بهذا الاتجاه، لبعث الصوت على
جانب الذي نريده أن يستدير إليه وتضخه صغيرة من الهواء على خده، إذ لم يعمل
ذلك حسب رغبته، انغمي بالقلب ودمه يعرف كم تكونين مسرورة عندما يعمل ذلك.
لماذا الفترة على التحكم بحركات الجسم تتطور من الرأس ومن خلال الجسم
وحتى الأطراف

لذلك حيث أنه يقتصد للعائق لعمل هذه الحركات وحده لأن العنق ليس بمنزلة
معيلاً، حيناً أنه ساعده للصوت على أول خطوة باتجاه قدره على التحرك من
موقع لآخر، مثلاً للدوران.

تذكرني على كل حال بمقدار ما تشجع الطفل على التحرك ربما أن يتمكن من
التحرك وحده حتى تنمو أعصابه وعضلاته وتصل للمرحلة الثامنة (هذا بعد
بالطبع)

الطفل يهندس لأنه كبير ووصل لمرحلة الجلود، لكن لأننا أيضاً اعطيناه الكثير
من مخبرات الجلود على حفنات أو استنداء على شيء مدهم جيداً
- الدوران:

العمل، عندما يتمكن من تحريك رأسه بحرية يمكن أن نبدئي بتشجيعه للدوران
لأن وجهه من ظهره دوران الرأس تابعه حركة الجسد وتستطيعهم حيث ذلك بركة
ليدا به، هنالك ثلاثة طرق مقترحة لعمل ذلك.

- إذا كان الطفل سيكتظ حلقته بيده اليسرى، إمسحها بالقطب وضعها بيده اليمنى وبالعكس.

- المني كتفه بترسيع المسافة تحت ذراعه باتجاه الدوران وارفعي الأخرى فوق وحركي باتجاه الدوران.

- إذا كان طفلك يملك بصراً عاماً فإبصري وشاحاً برافاً حول عنقك شجبه ليرفعه ويسحبه ليدور.

- التحكم بالرأس:

لنعم مددي طفلك على ممدته مع منشفة ملفوفة تحت صدره وذراعيه (حتى تنلق ذراعه فوقها وتستطيع أن تشعري بالأرض).

شجبه برفع رأسه وينظر إلى ضوء مصباح أو لعبة معلقة، تمددي أمام طفلك بحيث تكبرين معه على صدرك وجها لوجه وشجبه ليرفع رأسه بالذراع برفقه على وجهه، تحمئي، غني أو لبتسي له.

لماذا هذه الأعمال تساعد على تقوية التحكم برأسه وتناغم عضلات رقبته وتكون أيضاً المرحلة الأولى للتحكم.

لماذا عندما تتمكنين من عمل توازن لجسدي جسمك وإلى الأمام بأن تضعي يديك على يديك هو أمر ضروري للتمكن من الجلوس وحده.

العمل ' شجبه على أن يمد ساقيه من للأمام ويدفعها بعد أن تكون ركبته عنقه وقدماء لسطح قاس (مثل نوح أو كتاب).

- التطور الحركي والإدراك الحسي:

اليمين. فهي شيئاً صغيراً على صدر الطفل عندما يكون ممدداً على ظهره، مثلاً كيس صغير من الأعشاب (رائحة زكية) أو لعبة صغيرة تهتز وحسبه كيف يمسح بيده إلى الوسط ويمس الأشياء.

مكان النسيء إلى سائر صدره ويحدد موقعه بيده اليسرى ثم على يمينه ويستحدم
اليد اليمنى، إذا وضعت وسادة على صغيرة ثالثة تحت رقبته وكف يمينه ذلك
على استرخاء كفيه وإحضار دوايه للأمام.

العمل عندما يجلس في حضانة، حزمة من جانب لأخر دون أن تستلحه (لكس اليديك فريش من عند الحاضنة) حتى يقوم بالعمل اللازم كي يفي بحفظه بتوازنه العمل حتى الآن بما أنه ليس هنالك تحلف في توازن رأسه، شعبيه كي يستخدم بعضاً من عضلاته التي يحتاج لاستخدامها كي ينهض ويجلس بسحب ذراعيه بطف حذق يكون منبطحاً على ظهره ويصبح جالساً أو تستلحي أن ترفسي كتفه الأيمن واضعاً يده اليمنى بالجهة اليسرى وثم كرهه الأيسر وأخيراً يده اليسرى والتي تضعه في وضع الجلوس، وعمل ذلك بشكل عكسي مبلمه كيف يعود مرة أخرى على ظهره (أفترح أن نملي ذلك بنسبك أولاً).

لماذا تعليم الطفل ما عليه أن يصله بينما تكون غير مشوقين أن يحصل منه لوحده بعد، نحن نروده بالمحركات التي كان يمكن أن يحصل عليها بصراً

العمل يجب أن يجلس طفلك لوحده الآن باختصار لكنه سيميل للوقوف إلى أحد الجانبي سهوله (لا تدعي ذلك يحصل كثيراً ولا قل أنه يحاول الجلوس) عليه كيف يضع يده ليقتضه عليه عندما يجلس كيف يميل للأمام بصفة واضعاً يديه على الأرض أمامه بين ساقيه لمساعدته على الاحتفاظ بتوازنه.

لماذا الكثير من الأطفال (الصم / المكفوفين) يفضلون الاستلقاء على ظهورهم لكن علينا أن شجعهم على الجلوس قدر الإمكان (نستد مسبق الوقت) حتى تكون بظرفه لمعلم أكثر إتارة.

العمل تجلسك على دكتك وطفلك أمامك وظهره إليك، شعبيه لمسه قليلاً من وزه على ساقيه عندما ترفيه بحزم تحت ذراعيه - تعليمهم أن تلعب لعبة صغرة لك كجلس.

أتركه يجلس أمام وكنتيك بعد عدة ثواني من الوقوف.

- الملعب:

العمل: إما أن تضعه على حضانة أو تجلسه معك على الأرض بوضع طريقة الأيدي فوق النقي الألعاب الثلاثة:

1 أصري أنشودة حليقة مع الحركات إلى الأنشودة التي تستخدمها معه سابقاً بشكل متظم - يمكنك أن تستخدم أنشودة لأنك تستطيع أن تعلمي جراً جيداً

2 أصري إلى تسلسل الحركات المستخدمة في المرحلة الثانية ما يلي

- فوق / تحت - داخل / خارج - اليدان على الحوض - اليدان على الرأس.

3 مع باطن الكف ياتجاه الأعلى، المني كلاً من أصابع ظفلك وإبهامه على التوالي - المعنى ذلك لكل يد - وهي تأكيد صغيرة تستطيع أن تؤلفها بنفسك. (الإدراك بالأصابع يحتاج لنمو جيد من أجل التفاهم والتهجئة بالأصابع)

الحصول على المعلومات باللمس

4 يديك على يديه على الأشياء المستديرة مثل الكرات المختلفة الأحجام والأشكال (كرات تس، بلاستيكية صوفية، وفوقه كبيرة الأسجاس)، اصحبه مرهأ من الحركة الجسدية الكاملة التي تتماشى مع الشعور بالاستقلالية استخدامي جملة خاصة تكوّن وتكون

الإدراك الجسدي

5 دحرجي الكرات تحت ذراعيه وساقيه وفوق جسده ورأسه

6 أصري عدداً من الأكياس للفتلة المملوءة بأشياء مثل القمامولة، الناشعة، قطع البوليسترين، زمل، قورنر، لو أشياء مشابهة وصاحبة كسي يشعرب (بجيب أد تكون جميع أكياس مصنوعة من نفس المادة وإلا فإنها متصرف انتباهه عن القورنر بين الحقول).

المعلومات الملموسة

7 املائي نصف حطب الأداة (ذات الأغصنة الآمنة) بالمراد المذكورة في بند (6) واتركي حطب واحدة فارغة بينها وشجعها على حزها وعلى الاستماع للأصوات التي تصدرها.

8 اتركه يسطع يديه في وعاء صغير مملوء بالماء الدافئ وثم يأتش فيه ماء بارد

9 ضمي أصابع أو حلقات على ذراعيه وعلميه كيف يزيلها، أو كرة باعسة على مريته وعلميه كيف يحميها ويزيلها.

10 اشغلي مسجلاً مع شريط جهر بموسيقى الحقائق مع طلبة جيدة ثم روثقان موسيقى العانس فلانة، ضمي يديه على المسجل لتدعيه بشعر بالافتزاز أو ضمي يداً واحداً على المسجل والأخرى بيدك لثنته، ساعديه على لقر المسجل بالترانسة مع الموسيقى.

جس لبيته 8. أنه يارو، أنه ساهن

جس لبيته 9. أنزعها، أنزعها

مع أي من النشاطات السابقة يتقنها طالما أن الطفل - يحسنها - لا تستعري بذلك فترة طويلة حتى لا يشزعج الطفل أو يشعر بالملل إذا كان أي من هذه النشاطات غير مرغوب، دعي ذلك لمدة أيام ثم أعيدي تقديمها بعد يكون مراجعته جيداً، اختاري واحداً أو اثنين من النشاطات أو امتدحها لأسبوع أو بشكل منظم جداً، ثم جربي غيرها.

كلها تحتوي على خبرات تعليمية كثيرة والتي تصبح قيمة بمردود الزمن

- الإلهام

العمل عندما نرضين بالتقاط طقك من وضع الجلوس استحمي نفس الإلهام، لا تصدق من وضع النوم لتقري على ذراعيه بلطم اللعب وهو جالس على كرسي

العمل إذا كان لديك كرسي حزن صغير مع قضيب أصامي له أو مرجوحة أطفال حوها قضبان، يمكنك أن تقمي طقك فيها لفترات قصيرة الآن.

العمل الكرسي الذي له صينية أمامه - وينظف أن لا يكون سطحها رلاً وأه إطار حول حائطها لتج الألعاب من التخرج - جيد للعب وحده. إذا استطعت عمل عدة صواني تناسب أن توضع فوق الصينية الأصلية فإن ذلك يساعد الطفل لمشاركة بالنشاط مثلاً

واحدة منطقة بمادة التبريد للوجبات، واحدة سطحها أسود حتى تظهر الألعاب (بالذات الصفراء) أو بلامتيك شفاف توضع مكان الصبة الأصلية بحيث يمكنك أن تشغلي مصباحاً على الألعاب التي تودين من أن يحدث عنها ويلصق بها إذا كانت الصببة مستديرة بشكل جيد حول الطفل سوف يتشجع للوقوف أبعد والتحرك أكثر ليحصل على الألعاب. انتخاري ألعاباً براقة، شكلها جميل، مختلفة السطوح وبعضها يصدر صوتاً وبعضها يمكنه أن يطرق بها - عظما يحصل على واحدة جديدة والتي ردة فعله والطريقة التي يتعامل بها معها، ثم علميه ماذا يمكنه أن يفعل بها وكيف يستغلها. توفي من أن يرغب بالأشياء التي توضع في الحزم بشكل كبير الآن ولجميعه على ذلك طالما كان ذلك من أجل الحصول على المعلومات وليس حافة مفرقة، مثلاً إذا كان لا يعمل شيئاً بالأغراض سوى وضعها في حزم.

العمل شجعية على قتل الأشياء من يد لأخرى وأن يرفع شيئاً واحد بكل يد في بعض الوقت إذا لم يكن بهذا حتى الآن.

لماذا الإمساك بالأشياء مهارات ضرورية لجميع المعلومات للتمسك، اليد اليمنى بالانقاط واليد اليسرى للامتكشاف (أو بالعكس إذا كان يميل لاستخدام اليد اليسرى) القم هو مصدر معلومات لكل الأطفال، وليس الأطفال الصغار، المكشوفين الذين يستعملون كقطعة تحرس لبعض الأشياء طول حياتهم - أجلس على الأرض:

العمل عندما يجلس على الأرض وما رثا سنده إذا كان وحده ضعي الأشياء قريبة من يديه ولديه بحيث يمكنه دكلها ووضعها في الفراخ بين ساقه أو علقها على ظهره أمامه بحيث يمكنه أن يظلم ويعدا. إذا كانت بعض الألعاب على سطاظ رفع لها سرتة عندما يتركها. إذا أسقطه عملي يده بالأشياء الذي وقعت فيه اللعبة وعلمية كيف يحدث حوله عنها، وعربي طفلة وسرورة عندما تجد أنها مرأ أخرى كلاهما (حتى بالرفق من أنه كان عليك أن تحريكها لكان بحيث يمكنه أن يهدأ فيه). إذا كان لديه يد كتاب اجعله ينظر إلى المكان الذي وجدتوا فيه مستخدماً أفعلة مصباح كفي تشجعي البحث والإيجاد إذا كان ذلك يساعد.

لماذا إن علم ذلك جزيئاً أو كلياً يزوده بالاستقرار حتى عندما لا يستطيع مشاهدة الأشياء أو الناس، لكنهم موجودين سيكون ذلك مشروطاً جداً إذا لم نكس مناكذين أبداً ما إذا كان علينا أن نجد كل الأشياء الموجودة في منزلنا هناك كل صباح البصر يؤكد ذلك لنا وسرعان ما نضمن أنها ستكون موجودة وكذلك كل شيء آخر إلا إذا طردنا نحن أو بعض الأشخاص الآخرين هناك تأخر حوالي 6 دهور أطول عندما تكون هناك إحالة مزعومة.

- اللعب على الأرض:

العمل يمكنك الآن أن تجري مصادته الخاصة باللعب أكثر متعة بجباظة الأشياء عليها مثل حطافات ملاستيكية، أوزون كبير قطع من الفراء، الخ. حتى يكشف يديه وقدميه ضمي الأشياء التي بطول ذراعيه يمداً وسلطي مصباحاً عليها حتى يكتشف يديه وقدميه ضمي الأشياء التي بطول ذراعيه يمداً وسلطي مصباحاً عليها حتى يتشجع له جسمه ليصل إلى الجهد أو الجلي انبعاثه للعبة بالصوت الذي تصدره أو بطرقه على الأرض ليشعر باعتزازها.

لماذا علينا أن نعمل الحيلة متممة بالطريقة التي نمتص بها عليه أن يجد خبرات متقدمة وحديثة وعندما تصبح الجليفة مألوفة له فانه يحتاج للزيت من الخبرات الجديدة.

- على البطن:

العمل. اصلي أربع أو خمس أكياس صغيرة حوالي 6 انشات مربعة واملاها بالرمل، وأغلقها جيداً ضمي أحدها على صدره وعلمية كيف يتركها بعيداً يديه اليسرى وكذلك بالثنية اليد اليمنى عندما يتحرك من حمل ذلك يمكنك وضع كيس صغير على قدمه أو على جزء آخر من جسمه واجعله يمد ويجريه - وإذا استمتع بهذه اللعبة يمكنك العمل بوضع الكثير من الأكياس الصغيرة على أجزاء مختلفة يمكنك أيضاً وضع الأكياس تحت أجزاء من جسمه بحيث يمكن أن يصل إليها

على الظهر

العمل يحتاج لبعض الوقت للجلوس والتسدد لكن عندما يصبح ظهره الثوي ويمكن من الجلوس دون أن ينعج لأن توازنه يتحسن ويدي وقت جلوسه وقلي من وقت ليه وهو نائم على ظهره.

العمل هو يستطيع أن يلعب أيضاً على دول أو على وتر رهوي لكثك لتجارب بوضع نوع من الحواجز لتحصري الألعاب في مسافة مناسبة حيث يمكنه أن يصل إليها

- الأوقات الجيدة:

العمل أمضى معه دقائق معدودة يوماً وأنت تقومين بالنمطين الصغيرة الثانية جعلها الحبة له كوتك تترقى أنه يمتلك بصراً ضيقاً إذا كان عليه أن يصبح قادر على استخدامه بشكل أكثر فاعليه، فانه يحتاج للسلالات التي تنمها هذه التدرج

أنت تحتاجين لتفصير، اسدها تضع الطفل في حضتها وظهره هـ و لأخرى ترفع له بركة أو لسة فيها شعاع مصباح يضيها (شح الطفل من أن ينظر للمصباح أكثر من اللعبة، ضعي أنبوب اسود طويل على المصباح)، ردي، عليه بل المكان والمسافة التي تترقى أن الطفل يصورها بشكل جيد يراها، حركتها من الوسط (أ) إلى الجانب واحد (ب) إلى الجانب الآخر (ج) إلى الأعلى (د) إلى الأسفل

لاحتفي لأي مدى يمكن أن توصله اللعبة لأي من هذه الجهات قبل أن يفقد قدرته على رؤيتها.

يمكنك أيضاً أن تقومي بهذا التمرين مستخدمة مصباحاً متحركاً يتحرك خلف صحيفة مصنوعة من مادة البلاستيك للسهولة ويفضل أن تكون شفافة عندما تستخدمين لعبة.

عندما تستخدمين لعبة، بعد تبجها دون أن تسمي له بالوصول إليها، اد، وصل إليها، دعه، ياتلها.

2. العي ألعاب حل وأصلي. الأم تحمل الطفل وتعليمه كيف يلمس الألعاب التي يعرضها عليه والده، ثم كيف يعرضه هو على والده- استمتعي بهذه ألبعة

3. العي لعبة الاغضاء - الأب يضع مسجلاً على وجهه، الأم وتعلم طفلها انه موجود وتساخده على سحبه، ويقول الأب نيت - بر (الذي يجب أن يكون وجهه قريباً جداً من الطفل). يمكن بعد ذلك وضع المنديل على وجه الطفل وعلى وجه ماما بنفس الطريقة الالمانية يمكنك استخدام الكثير من اجمل الجلود في هذه اللعبة (وفي غيرها من الألعاب)

مثل أعطها ليأيا انظر، انظر - هذا النوع من الكلمات الحركية والتي ستكون من خلال الإشارات التي سيطلبها طفلك كي يتعلمها من رعا.

لماذا ألعاب كهذه تحت تبادل الأدوار وهذا شيء أساسي لكل من الاتصال والحياة الاجتماعية، إضافة إلى أنها تزود الطفل بالنافع البصري.

العمل نما استحلل شمع مصباح على حائط مظلم لو يشتمع مصباح على لعبة، امشي بسة (أو لعبة) وعندما يراها الطفل أطفئي الضوء لمدة ثوان، ثم أضيئها مرة أخرى في مكان مختلف، لكن ليس بعيداً عن المكان الأصلي ولا تحطي اد، كان النظم يستطيع إعادة تحديد موقعه. (إذا كنت تستخمين لعبة، اجعلي العرفة مظلمة ولا تدمي يرك وثقت تحركها).

لماذا هذا يساعد الطفل أن يتعلم التحرك بشكل أسرع من التركيز على شيء أو مكان آخر

- التركيز:

العمل هدأني بتشجيع طفلك على تعلم التركيز بالطرق التالية.

1. ضعي أشياء مشعة بشكل مستقيم ابتداء من عنده متجهة إلى البعد في كل مرة.

2. تحمل الام طفلها بعيداً وتحرك الاب بالاعتماد محافظاً على مسافة مناسبة كي يراه الطفل - نوع من ألعاب المطاردة.

العمل تذكري تلك عندما يكون بصرك خفيفاً فإن الترويض يتطلب الكثير من التركيز الذي ربما لا يمتلكه الطفل بعد انه ايضاً مقبب جداً الاستمرار بالتركيز لذلك ان يكون هناك فترات قصيرة من هذه الألعاب إضافة لأنواع أخرى من اللعب ينهها
 العمل: الأطفال الصغار / المكتوفين غالباً ما يكون لديهم عادة رمي الألعاب وعادة ما يرمونها خلفهم انه جزء طبيعي من لعب الأطفال الذين يسمعون ويرون لأنه من الممتع الرطب لإيصالها مرة أخرى.

قواعد الأسرة في تعليم الطفل الأصم / المكفوف

مقدمة

حتى الآن أنت تتعاملين طفاك للأشياء أو تضعي الأشياء وتتاول هذه الآن في هذه المرحلة تأتي بداية أعظم خطوة باتجاه الكل . وذلك بتعليم كيف يحرك نفسه من مكان إلى آخر وأنه يعمل ذلك ذاته يستطيع أن يجد نفسه ليس فقط هذه الأشياء فالوفرة لديه ولكن الكثير من الأشياء الممتعة أكثر بالطبع ستكون بجانبه ننده وساعده. لكننا نريد أن ياتي الدافع من ذاته . نحن نريد أن نروعه بالمعلومات التي يبحث عنها. وليس ذلكا هي ما نعتقد أن عليه إتقانها برغم أنه يكون عليه أن يهدس الوضع شيئاً بحيث يتوجه على البحث عن معلومات جديدة.

أما أننا سنرى إشارات تعلمها لنترا ببعض الأعمال الروتينية. نغيب إرشادنا بطريقة (الأيدي فوق) ومعالجتنا ببرامجه لديه لعمل إستراتيجيات قدمها، ويستمتع بفترات اللعب في المرحلة الراجعة متحرك إلى الأمام في جميع هذه الجوانب ونعمل على ما قد تعلمه ضلوا. نذكري لا يحو الأطفال بنمى الممثل في كل منطقة دائماً. أحياناً يتقدمون خطوة للأمام في جانب واحد ولا يتقبلون القدرات الجديدة في ذلك وسيرته ذلك على الآخرين بشكل مؤقت. الطفل الأصم / الأصم لديه طريقة آسن فاعلية لنظرك، لذلك فهو يحتاج لتذكر بشكل أكبر ولوقت أطول

إد. ظهرت المادة الجديدة بحاجة لأن تطلع ونجزء خطوات أصغر، يجب أن تكون الآن قادراً على حمل ذلك لنفسك التلوي إلى المسطح. الأشياء المختلفة المطلوبة للوصول إليه - نماذج الحركات، الآلية والأعراض الضرورية معاً مع مستوى الطفل -

اكتبيهم وأن متأكد أنك تعرفين ما يجب فعله إنه تمتع أكثر إيجاد طريقة لتعساك وأخذ امتياز مساعدتك لتفعلك للوصول إلى الهدف

برغم أننا نرى تنوع من طيفك فنستخدم الإشارات ولا حتى تقليدنا بعض المهني عن أية حركة صغيرة في السياق والتي يمكنها أن تشرح بأنه في نفس مرحلة الطفل الذي يسمع ويرى عندما يتمكن من حمل صوت م م كما في المرحلة الأولى مقابيل قول ماما ماما المرات قبل أن يتمكن من استخدامها مع معناها، ومن خلال حصوله على بعض الكلمات فقط فإنه سرياً ما يحصل على الكثير الكثير. كذلك سيكون مع الطفل الأسماء / المكثوف، فلفظة أن يبدأ باستخدام بعض الإشارات، تصبح الإشارات أدلة حقيقية للاتصال. علينا أن يتقرب حلها هذه مررات ومررات قبل أن يتمكن من الربط بين الإشارة وبين معناها - فقط بعد ذلك يمكن للهدفين أن يظهر، بحيث يمكن من حمل الإشارة مع المصنوع نحن نحني الأسس لهذا من خلال مراحل المبكرة

ربما هنا حيث يجب أن أشرح سبب اختيار الكلمات أو الإشارات والجمل التي يجب استخدامها في البرنامج ولماذا من الضروري التمسك بها (أو نبي نئين لتأريه) أولاً يجب أن نعود للكلمة / الإشارة لشيء حقيقي أو تحدث نريد الطفل أن يربطها به، حدي كلمة نواليت والذي سمي أيضاً نرحاس حمام.

والتي نستخدمها بالتبادل، لكنها ستكون مفيدة جداً للطفل الأسماء / المكثوف. نحن نستخدم كلمة نواليت لأن هذه الكلمة التي نستخدم بكثرة في المدرسة وأماكن أخرى خارج المنزل. إنه سر الأفضل لهما في هذه المرحلة المبكرة من الاتصال استخدام كلمة تعود للعمل أو الوضع أكثر من الغرض المستخدم مثلاً 'نجدف نفسك' بعد الانتهاء من أخذ المشقة. التأثير على الطفل هو أن يصبح جاداً، يمكنه أيضاً تعلم كلمة 'انشفة' لهما بعد وسببهما في كثير من الأماكن غير الحمام والاستخدامات أخرى غير التشفيف بعد الحمام. بالنسبة للطفل الأسماء / المكثوف كلمة 'نجهان' تعني شيء يشرب منه وسبب فترة طويلة قبل أن يتجه للوقوف بين الأشياء التي يشرب بها فإنها تدعى أكواب وكؤوس، أنفاج ألبون وهكذا .

أخيراً، طريقة الأيدي فوق تصبح مهمة جداً مع تطور قدرة الطفل على استخدام يديه وهو يفعل بها لتقبل هذه الطريقة في التعلم ما كلمة كنا نري.

بهذا أنه مع مرور المعلومات الحسية يتناثر على الطفل أن يثر بنا - بنفس الوقت علينا أن نعرف أي محاولات نقوم بها لتقبل ومثل شيئاً بنفسه ونعطيه هذه الخبرة

البرنامج، المرحلة الرابعة.

- الخلاصة:

العمل مع نمو إدراكه للأشياء الآخرين ينمو إدراكه لنفسه كشخص له، كما نلاحظ في تشجيع فكرة الاتصال، ربما يبدأ الطفل بمعرفة كرسى يمكنه منحه. أنا نعي أن أريد ولا أستطيع الانتظار ولكن هذا صعب أن نجعله يفهم السبب لماذا لا يمكنه الحصول عليه أن يتناظر فعلياً ما يصبح محبطاً وهذا يؤدي إلى تفتيت مراجع وعصبيته وهذا محبط لنا أيضاً أن لا تمكن من إبداء السبب للطفل هناك طريقتان للتعامل مع هذا الوضع. لا حظي الأسباب عندما تظهر مشكلة وغير ما حتى لا نحصل أساساً أو تومي بتفصيله (تغيير الموضوع) قبل أن يصل لمرحلة الغضب نذكر أنها ليست نقطة للطفل أنه لا يستطيع أن يفهم حتى الآن وأنه إذا أصبح مستاء فإنه لن يرغب بالكثير من الحب لإعادة طمأنينة، عليه فقط أن يعرف أنه بالرغم أن س دائماً نحب ما يفعله فإننا دائماً نحب.

- الاتصال.

العمل: من إدراك أنه يستطيع أن يؤثر على ما يحدث له سيكون مستعداً لبدء تعلم الحركات التي كنا نقوم بها مع يديه للإشارة لما سيحصل والتي يمكنه لأن يستخدمها لنفس الأسباب. الإشارة لكلمة كرسى سمحت هي بداية جيدة بنفس أهمية تشجيع طفل يسمع ويرى وأن يقول أننا نعمل الإشارة بشيئ الأيدي معاً والأصابع على جانب كل يد. إذا كان من الأسهل فقط أن نرسمي باطن الكف مع بشيئ أصابعي

- إشارات جملية.

يبدأي باستخدام هذه الإشارات عندما يلعب لعبة مع شخصين يمررون الأشياء للأمام والخلف - عندما يمر أحدهم لعبة له، قبل أن يساعده الشخص الآخر أو يدهه يأخذها، عليها لفظ أن تضع يديه معاً باختصار ليقول لو سمحت ومعناه بالتأخير هل أعدها لو سمحت (فيما يمد يده على نفس الإشارة شكرًا) يمكنك بعد ذلك أن تقوم في حياته حيث يقول الطفل الوصول لشيء وأنت تساعده في حمل هذه الإشارة قبل أن تسمي له يأخذه. ربما عليك أن تستخدم الإشارة موت هدية قبل أن تعلمها، لكننا هنا نعلم كيف يتعلم الأطفال الصم/ المكفوفين استخدام أنفسهم لسؤال عن الأشياء أو طلبها.

يمكنك أيضا أن تبدأي باستخدامها مقترنة أيضا بالطعام والشراب الطريقة أنت تشيرين أنت (تريد) شراب- تألفين للسؤال بإجابة جيد وتدعين الطفل يعرف أن الشراب موجود يجعله يلمس الكوب ثم تساعديه بعمل إشارة كـو سمحت قبل أن يحصل عليه لمس الكوب يجب أن يربط إشارة الشراب بالشراب وإشاره كـو سمحت يعني الحصول عليه

الإشارة لثباتية هي لكلمة أنتظر للأسباب المعلقة تحت بند المعلقة
هـ ستخدم نفس الإشارة لكلمة كـو سمحت لكن مضح الأيدي المتشابكة في حضن الطفل مع دفعة صغيرة بقول عزم أنتظر. لن يكون سهلا له أن يفهم هذا لكن حاولي إيجاد أوضاع يمكنها أن تعطيه المعنى مثلا رهما قلقي وديك اللعبة له إذا كان الإستعمال في أمر ما ليس كبيرا لهذا به يمكنك استخدامها، سيكون تأثيره أفضل عندما يكون الطفل جائعا والوجهة ليست ظاهرة بعد

الإشارة الثالثة والرابعة (مما لمخرج)

المشي قومي بحركة المشي وسهافتك والإصبع الثاني تحت راس الطفل وعلى باطن الكف. علمك كيف يفعل ذلك على نفسه وعليك.

في السيارة خفي يدي الطفل ولقي مقود سيارة خيالي استخدمني هذه لقط
لعل أن نخرجي مرة أخرى عندما تخرجين - السيارة مرة أخرى عندما تضعين الطفل
في مقعد السيارة.

الإشارة الخامسة، التي تعني انتهت، لا مزيد كل شيء ذهب. أنت تعلمين يد
واحدة للطفل على شكل قبضة وتربى بها يده على باطن اليد الأخرى مرتين

هذه الإشارة مثل إشارة أو مسحت هي إشارة عكس استخدمها بكثرة
تستخدم في نهاية لعبة تشير إلى كس انتهت كنا مغموم بمثل شيء آخر جميل عكس
التأكد عليها يجعل الطفل يدرك أنك تضعين الألعاب جانباً، التي كان يلعب بها، أو
بغير موقع اللعب

عندما يفهم المعنى يمكن أن لها معنى في حلقه أنه يشكل أسلبي لا مزيد من
الذي يريد الطفل يشدة. عندما تقولين كل شيء ذهب بهذه الطريقة، ليرطبه بها ولا
فإنها من تكون ذات معنى للطفل لبدأ

الإشارة الصحيحة لوقت النوم هي وضع كتا العينين إلى أحد جوانب الرأس
هذا كان صعب جداً للطفل صغير جداً أن يقوم به، لكن يجب أن يقوم به بسون أي
مشكلة الآن

العمل واقفي لتعال الطفل مع الألعاب هل بدأ بتقليد بعض الأشياء التي كتب
تقومين بها معه مثلاً تدوير يديه حول كرة: أنه يعرف شكلها؟ هل بدأ بتوقع أنك
كنت تعملين شيئاً بالأخرى، إذا حصل هذا، هل يضع يده على يديك للإشارة بأنه
يريد مساعدتك إذا لم يتمكن من عمل ذلك لنفسه أو لم يعرف ماذا يفعل؟ ولما حصل
هذا فتكون قد وصلت مرحلة معروفة في تنمية الاتصال في كل الأطفال هو يعني
استخدام وسيلة الاتصال بك لمساعدته أو مشاركته في نشاط ما يعرفه، يريد ومعرفة
أنك الشخص الذي يمكنه أن يستجيبه الناس وأعمالنا الروتينية علينا أن نلونه
بفرصة لعمل هذا النوع من الاتصال بنا حتى يصبح الاتصال ذو معنى إضافة لكون
مفيداً

- الحروف

العمل المستمر باللعب يتبادل عمل الأصوات ودائماً أعطيه الأدلة الملموسة والإشارات من خلال وجهك وحلقك. إذا تمكن الآن من تقليد بعض الأصوات ذات الشفتين، فوجهه على عمل عرس الصوت عدة مرات مثلاً. يا با يا با وماما ما ما أعطيه حروف صوتية مختلفة، اجعله يدرك الطريقة التي ينتج فيها شكل الفم، مثلاً: بين قول ي ي ي و آ آ آ و ما يرحب بسماع هذه الأصوات بشكل أفضل عندما يصدرها قريباً من أذنه وربما يقول لك ذلك حسب رأسك باتجاهه لأكثر، إذا ظهر أي من هذه الأصوات التي يصورها مثلياً لأي من الكلمات التي تؤكد بين حينها من حيث الخاصة وفي السياق، عملية أنك ميزتها بإعادة قول الجملة أو الكلمة الطيبة ومدحه لجهوده

اسمري بتسجيل الحروف المختلطة التي يصورها بصوته للطفل الكميته الذي م يفقد سمعه يظهر تأخر في تطور الكلام والفنق لفلنك علينا أن نتوقع هذا بشكل أكبر مع طفل أصم / كمي
- الاستماع

العمل عندما تستلخ على استجابات طفلك لخبرات الاستماع التي قلتموها له، قسمي له خبز من الألعاب التي تصدر أصواتاً، تجدياً الألعاب التي يمكنه شعورها به. - أشياء ترمق مثل يوق له نهاية مطاطية مضطها (جيد للصوت والمهارات البصرية) إذا استحدثت مصدر صوت، هل يتور كجند موقعه؟ إذا لم يعمل، ضعي يده على الموضع الذي أصدرت منه الصوت. أعمدة الرنين شمة جداً لاستخدامها معاً - راجدة على نهاية كل سلم لتزويده بالقرنة

الاستماع يعني أنك تلاحظ الأصوات التي تسميها الخطرة التالية هي ملاحظة الفرق بين الأصوات التي تسميها وأن تستكفي من قول (هذا الصوت يأتي مع ذلك الشيء) فلنك فإنه من المهم جداً لطفلك عندما يظهر أنه مسمع شيئاً أن يعطي حيزاً الفرصة بالإحساس واستكشاف ذلك الشيء وإلا فإنه لن يتمكن من ربطه معه.

في هذه المرحلة برغم أن طفاك يمكن أن يتدور على سماع صوت قطار (حقيقي أو مسجل على شريط)، فهذا لا يعني قطاراً بالنسبة له - ولكنه أن يلمسك بأنه قد عرف الصوت لكنه لا يعرف مصدره.

لكن الآن نريد أن نساعد على سرعة ما هو هذا الشيء الذي يصدر الصوت الذي يعرفه، وأين يمكن عمل هذا، وماذا يجب أن يفعل لهذا الشيء حتى يصدر صوتاً. مثلاً: انصطي كيسة لتشغيل الألبوم والطرفي الطبل. لذلك اختاري بسلر لأصوات التي تعرضها له.

- النمر، الخركي.

العمل عندما يجلس طفاك يتوازن شجيمه كي يدور جانباً وليس فقط أن يصل للأشياء (كلا جانبيين) ليأخذ شيئاً منك.

بداً يساعد هذا على الوصول للتوازن أثناء الاتصال في العمود الفقري.

العمل شجيمه على الترحاق للأمام على مؤخرته (بدفع ساق واحدة وهد و حدة) للوصول إلى اليمين.

لماذا بعض الأطفال لا يزحفون، لذلك نحتاج لطريقة لتعزى للانعاف من لأفضل استخدام كلا الطريقتين لكن يجب وجود طريقة واحدة على الأرض ليكوسو قادرين على الاستكشاف.

العمل شجيمه على الزحف، أي أن يزحف على بطنه على الأرض بهذا الوضع عليه كيف يضع كل ساق تحت جسده بضبط الأخرى على شيء داس.

لماذا للإعداد لزحف حقيقي طفاك أن الأطراف الأربعة يستخدمون وهذا يساعد العمود الفقري ليصبح أكثر صلاحية.

العمل: عند تي المركبتين تحت جسمه عليه كيف يستند نفسه على يديه المتدردتين خارجاً وإعادة جسمه ليجلس على ركبتيه ويده تستند عزيه بلطف من جانب لأخر وهو بهذا الوضع لتزداد قوته على التوازن وتقوي عضلات ظهره.

العمل عندما يكون طفاك يمشي من الأرض عليه كيف يمشي بمرك ذراع واحدة للأمام ثم الأخرى. أجمي قلبك يتحرك ساق واحدة للأمام ثم الأخرى هذه

الحركات الفردية يجب أن تمارس مرات عديدة جداً قبل أن يصبح الطفل مستعداً لتعلم الرحف بشكل جيد. (والذي يتطلب بأن يحرك الطفل ذراعه اليسرى وركبته اليمنى، لم ذراعه اليمنى وركبته اليسرى).

لذا، رغم أن بعض الأطفال يخطئون في الرحف، فإنه من المهم جداً أن يرودهم بالحيارات التي تمكن الطفل الأصم/الكفيف من الرحف، فبالإضافة لأنه يستطيع وسيلة ستكشف سوية الطفل من أن تتكرر من أن يتعلم المشي، فإنه أيضاً يساعد على ثلوية الرأس والتحكم بالأطراف العلوية والتي تتأخر عادة عند الطفل المتأخر بصرياً.

- الرحف -

لنعمل نحاج لمساعدة شخص لتعليمه كيف يتعلم الرحف بطريقة التقاطع (أي تحريك كل جانبيين متساويين الذراعين والساقين في وقت واحد) أحدهم، يمالج السيقان والآخر الذراعان. نعمل على تمكين الطفل من القدرة على التحرك باستخدام تحريك يديه للأمام بنفسه ثم ساعديه وأخيراً يتمكن من عمل كليهما بنفسه دائماً كافيته لجهوده وحافظتي على ذلك والتعاون السابقة التي تعمل على هذه مهارات تعزات قصيرة جداً، لكن استخلصها بانتظام لعدة مرات يومياً.

لذا، الرحف يكون يدي الطفل وطريقة التقاطع المتناهي التي نستخدم فيها الأطراف هي (إحدى القدمين) الذي يتطلب نفس الوسيلة.

العمل عندما يزحف الطفل بشكل جيد، فجميعه للسبر للأمام وكلا الجانبين للوصول إلى شيء للمساعدة بتسمية توازنه.

العمل عندما يستلقي على بطنه وعلى ظهوره، ساعديه كي يشد ساقيه وذراعيه. إذا تمكنت من الحصول على كرة شاطئ كبيرة (أو كرة خاصة به لعلاج الأعضاء) يستحسن أن تكون مساوية لقطر النقرة أو أكبر من ارتفاع الطفل، متدبة يدها وجزءه للأمام ويخلف (وهو متعدد عليها) حليمه كيف يشر بقميده على الأرض من جهة ثم يديه على الأرض من الجهة الأخرى.

لأن يساعد هنا على تحريكه على الشعور بالإلتصاق والاستعداد بالوقوف وحده ثم المشي - قبل والوقوف.

العمل الجلسي على الأرض وشخصه على الوقوف بمواجهتك ولقاءه بمحورين على لأرض، واضعاً عليها جرم من وره إن لم يكن كنه، حركي ذراعيه بالأرض بطلب لم للأرض وشخصه كي يهيئ ركبته عندما تكون يديه للأسفل. رب يقوم ببعض الخطوات للأمام - انطوي مسادة كبيرة لكل جهوده - اللعب:

العمل كى الثمارين المسابقة التي تسمى حركته يجب أن تصلها كعبه كلما كان هنا يمكننا شاركه - اترضي معه قوته بجذبه ونقي بالجلعه وبعداً عنك واجعبه بقلبك الجلسي وهري منه من جانب لأخر - فإنه يحصل على معلومات من جسده عن كيفية تحريك جسده وهو.

العمل الألعاب المتعددة التالية يمكن تقديمها الآن.

- على حصة:

1. العي لعبة حر ليعي الطفل، ذراعيه، ساقيه ورأسه عشقة أغنية صغره متدد فيها عن أسماء أعضائه الجسم.
2. الصفي قطعاً صغيرة من شريط الشفاف اللاصق واللونة على أجزاء من جسمه وساعديه على إيمائها وترعها.
3. سلطي ضوئاً على أجزاء مختلفة من جسمه واجعله يلمس بقعة الضوء.
4. عندما يكون جسدك ملتصقاً بجسده قدر الإمكان خلطي يديه وحكيها.

أ. فوق ولحت حركات الزحف.

ب. بدوائر أصلي هذه الحركات بالكره قدر ممكن تسمح به فراغه ولا تمنعها بشكل إلهامي جداً عندما تصلين لياً منها توحي لقط قبل إكمال الحركة،

ولا حتى إذا كانت حركات الطفل تظهر أنه يعرف كيف يتحكمها ويحكمها بنفسه.

5. انهي لعبة حركية معروفة تشجع الطفل على لمس رأسه، عينيه، أنفه، فمه، وأذنيه - دعه يشعر بأعضاء جسمك أنت والمي اللعبة مرة أخرى وأنت تلمسين نفسك.

6. انهي لعبة الأصابع أو الخنثي حركية تتطلب نموذجاً من الحركات مثل، 'حركات اليأس'.

7 أنت تلمعين ذراعيه (ساعده يده أو وجهه) ثم بطريقة الأيدي فوق عديبه كيف يعمل نفس الشيء معك.

العمل اللعب مع موسيقى.

علمي شريطاً موسيقياً بحيث يكون فارغاً دقيقة أو أكثر بعد كل دقيقين موسيقيين والطفل على حضنك وقدماء على السجل (إذا أحب ذلك)، علميه كيف يمشي عندما يتمكن من سماع / إحساس الموسيقى تتوقف ولكن يتوقف عندما تتوقف اللعب.

إذا كنت تعرفين جيتار، دعي طفلك يضع يديه على الجيتار عندما تعرفين، أو داعي بأصابعه أو أوتار الجيتار بلطف بينما إصبعك الذي يعرف بمكانك أيضاً تعلمه كيف يضغط على أوتار التوقف على جيتار كهربائي بينما تقوين الأوتار.

لماذا، الموسيقى بعد ذلك في هذا العمر تصبح لعبة بسرعة - ولكن فلتري على حمل شيء أو حمل موسيقى من إنتاجه هو، هي التي تولد اللعبة.

- لقاء الأصدقاء:

العمل، علميه كيف يفرح لعبة تحت وسادته، متدبل أو صندوق صغير لم كيف يدهي لاله - هذه فرصة للحصول على اللعبة ويجعله يشعر، خلال تصرفاته، أن هذا متعة.

بما إذا، إذا كان قادراً على أداء هذه اللعبة، ستطرح أن تؤكد تماماً أنه حصل على فكرة بقاء الأشياء، إن إيجاد أشياء غريبة في أوضاع تعليمية محددة هو مهارة مفيدة مثل توصيل أو مطابقة الألوان.

- الألعاب الحركية:

العمل الذي مره من الألعاب التي تعمل لأشياء مثل لعبة هيلوكيت التي تدور مروحتها، لعبة تدور في دوائر عندما يلف ويحركها، لعبة تلالاً، حامل فرشاة أسنان هزاز حيث يمكنك وضع الكثير من الأشياء المخلطة عليه سقريباً أي لعبة صغيرة تتطلب حركة صغيرة لتشغيلها للبدء منه ثمحلي طقلك يضع يدك تحت يديه عندما تشغيل المفتاح أو كبة التشغيل وتدعيه يشر بشجعة حطلك، عندما تدور اللعبة سيرغب بالزيد، لديك هنا وضع مثالي للاحتكاك ما إذا كان سيأخذ يدك ويضعها على اللعبة لتدور بتشغيلها وقبل أن تقضي ذلك اجعليه يصل بإشارة أو سحب.

أمر حل التاية هي أن تأخذي يد وتعليه ما الذي فعله لتشغيل اللعبة (سيكون قد استند لذلك من الحركة التي شعر فيها عندما كانت يده على يدك). عندما يعلم أن تشغيلها منه، سيكون ذلك حوتا كبيرا لك وله إذا كان مسروراً حقاً بهذا النوع من الألعاب، يمكنك إعطائه بعض الإشارات ليستعملها ليختار أي واحدة من اللعبتين التي يرغب بها مثلاً أصبح السلة يشر للأعلى ويدور في دوائر كإيديوكير (المروحية)، أنعملي صوت طنين ويده على حطلك ليأخذ لعبة الأخرى، هذه حقا مرحلة متقدمة، فذلك لا تحي أمالك إذا صممت لبعض الوقت قبل أن يمكنك من الاختيار لكن إعطائه الفرصة بهذا لهذا الوقت.

- التلويح الجسدي:

تناق هي.

أرفعي يديك أمام طقلك واحدة في الوسط والأخرى جانباً المسافة 6 إنش أو 12 إنش، فجبهه ففصول وليس واحدة ثم الأخرى، مستخدماً اليد اليمنى عندما يكون يميني، على اليسرى واليد اليسرى عندما يكون على اليسار يمين جانب واحد

ثم الآخر وليس يمكنك تغير وضع الشيء الجارحي بحيث يتشجع الطفل لينظر للأعلى وللأسفل
- حالة واقعية:

أرغب بأن أقدم نفسي. أنا (أم للطفل محمد) الذي هو أصم مكفوف والذي حصل على الانتهاء والرعاية الخاصة

بهذه المناسبة أود أن أنتهز الفرصة ولشارك معلمي وصانعي الأسناد سامر إسكوبار وأقدم بإعطائه المعلومات عن قصة حياتي مع ابني الأصم المكفوف كاملة. وعرض بعض الأحاسيس والخبرات من خلال ابني من فترة ولادته إلى الآن أسباب الإعاقة.

خلال مرحلة الأيام الأولى من الحمل أصيبت

بحمى عالية

طفح جلدي.

ولادة (محمد) كانت صعبة ليست فقط لي بل لكل فرد من عائلتي فقد كان مصاباً بـ

جلاوك خلقي.

- قربة معتمة.

- كانت إعاقة الخفية من جراثيم قنطان السمع والبصر مع ألم حسي عميق. بعدما كنت أستر من الطبيب عن الإعاقات المتعددة التي يملكها وهذا كان أيضاً بسبب الحصة الأذنية التي تمررت لها في المراحل الأولى من الحمل تفاصيل المعالجة الطبية.

بعد أسبوع من ولادته أدخل الطفل إلى المستشفى للمعالجة من القربة المعتمة، الجهة الخارجية من القربة.

لقد كان ينصحي الطبيب

- التركيز على التعويص.

- التركيز على حقوق الطفل

- التركيز على الرؤية الشافية في العين اليمنى.

واستشرنا بعض أخصائيي السمع والبصر وأخصائيي الأعصاب لخصه إذا كان هناك مشاكل أخرى ولرحمة الله بنا لا يوجد أي مشاكل أخرى.

قد نصحونا بأن نلتم له المعينات السمعية، وما زلنا لا نعرف أي حل آخر صد، أنه يجب أن يستعمل المعينة السمعية طوي حيله

- المساعدة المدرسية:

عندما كان عمر محمد مستوي قمت باصطحابه إلى عدة مدارس من أجل قيوب في مدرسة خاصة للتعليم، وقد قيل محمد في المدرسة عندما كان عمره ثلاث سنوات ونصف ولم يقبل في الوحدة الخاصة ليس لأنه صغيراً جداً بل لأنه كان مريضاً وضعياً

- في النهاية.

تقررت إلى الدكتوراة في تلك المدرسة وعندما كان عمره خمس سنوات، وشرحت لها قصتي ومشكلتي فوافقت أن تعني بالطفل عدة ساعات كل يوم

قامت بدورها بإعطائنا الكثير من النصائح لنا، فقد كانت كالمرشد للمساعدة ومعها ذلك لشخص زميلها الذي دعماً معوياً ومادياً لعائلتي، بعد ساعدوني

بواجهة حياتي الخاصة بدون خوفه وبشجاعة

- سلوك محمد:

في البداية كان غير فعال ومع الوقت تعود في المراحل المتخلفة وكان أيضاً لا يستطيع أن يصعد المدرجات أبداً.

وبالإستراتيجيات والاتصال المتعدد الأشكال وبالإثارة الحسية تعلم مهارات المساعدة الشخصية وبعض الأنشطة الجسدية الأخرى التي أعطيت له من خلال المدرسة.

محمد تعلم الكثير وقد أعطى لآله الاحترام والتقدير.

طرق العناية والتعريب التي تعطى في البيت:

كنت في البيت أكمل ما بدأت تعلمه في المدرسة وقد كان يسكنون يتولى
تفريقي في المنزل كمسألة التواصل ما بين الأسرة والطفل وهذا ينمي التواصل بيننا.

لقد كنت نتبع

- الروايد.

- الخواص.

- الشمس.

- التواهي الجانية

الشمس يعطي حياة وأمان داخل البيت فهو يعلم بالضبط ماذا يفعل وأين
يذهب متى سيمضي، وهو يعلم الأشياء التروكة في البيت وهو دائماً يكون مسموح
لأمور التروكة

الاتصاف إلى المجتمع المتأخر:

نحن نعلم بأن:

- يصاح الزوار والضيوف عندما يحضرون.

- عندما يندرون نعلمهم عمل إشارة الوداع.

بهذه الطريقة نعلمهم بأن الضيوف والزوار قد حضروا وجلسوا بعض
الوقت ثم غادروا المكان، ولأن أصبح يعمل بعض هذه الأشياء بدون مساعدة.

- حياة محمد الصام

خلال وقت النهار يقوم بالنشطة لوحدة كأن يحفظ مما قد يراه من رسوم
الشمس، فهو بذلك حاسة مفهومة بالوقت.

في الصباح حينما يتسحر بالوقت الخاص له يستيقظ وينظر إلى أشعة الشمس
ويذهب إلى الحديقة التي تحتوي على الملابس الخاصة بالمدرسة، وبالضبط يتناول لون
ملابسه المدرسية ليرتديها ثم يأخذها ويذهب إلى التواليت ويستخدم فرشاة ومجهر

الأسان بدون مساعدة من الآخرين مع مراحلنا وجود تلك الأدوات في الأماكن
لمخصصة لها

وقد لتدرب على استخدام للتواليت والآن يستطيع ان يترك أهمية وفورية
ذهابه للتواليت عندما يشعر بالحاجة مع بعض المساعدات التي أعدها وأصبح يقوم بها
بنفسه كأن يرتدي ملابسه.

إشارة طعام تعني أن يذهب إلى طاولة الطعام ويجلس وقت قصير لتناول طعام
المطور وبعد ذلك يذهب ويجلس حفلة ويرتديه بالخطب بدون أي خطأ لكس مع
القلب من مساعدة بعد أن ينتهي من الإرتداء يشير والده لمساعدته إلى السبارة وليس أن
يدخل إلى السبارة كان يتأكد أنه يمسح إليها وبعد أن ينتهي يقوم بتمشيط يده ودعاً
برالده

معلم أيضاً أن يتدخل مفتاح الكهرباء ويعلق المروحة وماكينه الغسيل وعدم ان
يضع ملابسه في مكانها المحدد.

- موقفنا في المبيت القهله:

يستطيع (محمد) اختيار أشياءه وألباسه فقد وضعتنا في حقيقته ووضعتنا في
وأرهبه غرفة النوم وعندما يريد (محمد) أن يلعب يذهب إلى زلوه القرفة ويبحث عن
احقية ويختار اللعبة التي يريد.

يسكرتار لقد درسنا أيضا لإيجاد الصحون والكؤوس وكل ما يتعلق بأمر
المطبخ التي تحتاجها للغذاء والمشاء وخلال وقت الشاي، الآن هو يعلم مكان كل
الأدوات اللازمة لحفظها حتى مرعد الوجبة أو الاستعمال في بعد موعد الشاي أو
شيء آخر من ماء أو عصير، خلال المظلة في وقت الظهور يقوم لوحده بفتح الأضائة
ويأخذ رجاجة مياه باردة ثم يقوم بعمل إشارة لصنع عصير.

هذا التقدير الضعيف من المشاركة الجذرية يضاف إليه ويمرر بالمناقشة التالية:

1 هي المستوى، لأن جميع الطلاب ينظمون في نفس النشاط ويستعملون نفس
الأعدادات والتجهيزات والمواد بصرف النظر من ما الذي فعله كل واحد منهم

2. المساعدة الطيفية: تتيح إلى احتياجات الطفل للزود بالعناصر الطبيعية وبأشكال أخرى كالتميز اللفظي أو الشعري أو التلميح... إلخ
3. التصريف بالمواد: من خلال النشاط الحسي الفكرة مناسبة تكون موجودة كالتميز على أحجام وقياسات وإعداد المواد، وهذا يمنح الفرح عند الأطفال
4. منهاج دراسي متعدد المسميات: الأطفال يشاركون في نفس النشاط وفي هذا النشاط مستويات مختلفة وهذا يتيح إلى مدى فهم وظائفهم على سبيل المثال وهم يعمل على ترك وغسل المنشقة من خلال نشاط غرفة الليل، بجاني، يعمل على شريك الماء باليد وهي إشارة لعمل فحافات الصابون
5. التشابك في المنهاج الدراسي: عند العمل بنفس النشاط مع الأشخاص الآخرين ومطراتهم فبذلك عمل أهداف مختلفة من شخص لآخر على سبيل المثال بشر يعمل على أهداف تطيع الخضروات بالكين. محمد يعلم الأسماء بالإشارة للأشياء مختلفة من الخضروات التي تحصل لعمل السلطة والتي شارك في تحضيرها.
6. بدائل المنهاج الدراسي: بما أنه مني على تفاعلات المجموعة وأن فكرة دراسة نورد في تعليم والاستيعاب للأطفال المخصصين من خلال التعليم الخاصة
7. فوائد فكرة التعليم الأساسية: هذه التوائد التي تترأس فكرة التعليم الأساسية
 - هي المنى لأداء العمل للطفل في التواحي المباشرة.
 - تزود الأفراد بفرصة مناسبة للإتصال والتفاعل الإجتماعي
 - يعطي التشجيع للتعلم والمعين.
 - هي ثقافة عالية قيمة وعندها تساعد الطفل ليستفيد بنفسه من النشاط.
 - تعلم الصبر والحصول في التفكير للوصول للإعدادات.
8. حدود فكرة التعليم الأساسية: بعض الإمكانات المحددة لفكرة التعليم الأساسية

- بدون الملاحظة الحذرة من شخص لا غير تجعل ثقافة التعليم قليلة للمعلم
المفروق.

- يحتاج الطفل المتأخر في الإتصال أن يتحمل التوجيهات مع بقية المجموعة

- النقص في القوة يجعل هذا النشاط بدون محيرات هوسمة لدى الطفل

- رجود هاتورة وجازفة في دفع الطفل من خلال النشاط لعمل شيء معين
والأفضل من ذلك مساعدته لإتمام النشاط.

9. لماذا نستعمل فكرة التعليمات الأساسية:

- المؤثرات الوظيفية نركز على بعض الوقت من خلال إنجاز المهارات في
مدرسة أو البيت أو العمل وأكبر وقت للإتصال، وإذا كان يخطأ فيكون أفضل
بطفل

للمؤثرات الحسية توفير التفتتات التي تستعمل بشكل طبيعي من يوم لأخر
لأجل المواد والأوقات الحقيقية

المؤثرات التعليمية عندما تكافح لتزود بالتعريب للمعلم من أجل لأعمال
فيكون الشهاج الدراسي لأداء العمل مشجع في إمكانية صفوة للمجموع
والتعليم يحفظ في عقل الطفل مع احتياجاته الطريقة

نقص في الدعم المنظم: عندما يكون من الصعب إيجاد معلم لكل طفل فمن
الصعب توفير السبل الأخرى كالعلاج والتوجيه وسرعة الحركة وكافة
احتياجات الطفل من خلال روتينه اليومي وأساليب الحصول على الفائدة.

- نقص في العناصر الطبيعية: المواجهة مع الصعوبات من أجل النقص في مساحة
البقاء، المفروشات، التكنولوجيا الحديثة، ستكون أسهل إذا أخذنا كل جزء من
العمليات وأخذنا مكان في البيت أو العائلة أو في محطة الباصات.

القصص

إن الشكرو المنسجم في الروتين اليومي هي الزاوية الحسية في الإتصال واللمسة
المتخصصة تكون أفضل عمل عندما يبرز الطفل روتينه اليومي الجديد، ويكس أن يتجز

مع وجود بعض التنوع في القائمة ونظام المفردات وذلك ليتمكن الطفل أن يفهم ما ينشئه النشاط اليومي

لنفهم من أجل التسريع في استعمال التعبير المناسب للعملية وذلك لوضع التعويضات جانباً لفهم المفردات لكل النشاطات، وهذه العملية تساعد على تأسيس الذاكرة والمفردات والفكرة المناسبة للمعلومات وتمثيلها بصور

إن هنالك مراحل مختلفة من التمثيل بالصور يمكن شملها بالتفاعلات في هذه العملية، وكما أن الطفل الأصغر المفردات سوف يتغير أعماله من خلال معرفته من المفردات ومعرفة بعضها ومنها في هذه الفترة واضحة للوه

لنفهم نظامه مبني على كيفية الاتصال بالطفل ولضمان تمام عملية التفهم التي تبع لتسمية الطفل ليقيم وينشئ النشاط.

التفردات يمكن أن تحتوي على التنوع والتشكيل في أقسامه ويمكن دمج أشكال مختلفة من الاتصال بعضها على شكل صور أو كلمات، والتفردات يجب أن توسع لمقابلة الاحتياجات مثل مهارات التفكير ومفهوم اللغة يمكن أن تحتوي القائمة في المفردات والكثير من الابتكارات يمكن أن يستعملها للعلم والمعلم هي القائمة والتوسيع في فكرة القراءة والكتابة واستخدام الكثير من المهارات

بعض المهارات التي يمكن تعلمها من خلال المفردات:

• الاتصال

- اختيار لعمل
- تعليم مبادئ المفردات.
- الانضمام بالانضمام.
- الاستجابة للأمر.
- توسيع الموضوعات.
- دعم الموضوع بالأشياء الملموسة وإعطائها معنى من خلال الإشارة.

• فكرة الوقت.

- استعمال الشخصي والحاضر والمستقبل.
- الأول والثاني.
- التوقف.
- الانتشار.
- التأجيل.
- التدرج.
- اجتماعي.

- تحويل الحديث.
- لمنية والاحتمام.
- لمبادئ.

• التشبه.

- الاختلاف والتحليل.
- النتائج.
- التوقع.
- إظهار التمايز والمعدل.
- توافق «صور مع أهداف المواضيع.
- العبارات الأساسية المطلقة.
- مفهوم الوقت.
- تميز الفروقات.
- استخدام الأجزاء من الكامل.

• فهم الأشخاص:

- الأمن والحماية.

- الترفع

- التشابه والتضيق

- التحكم وعزلة النفس

• لماذا يجب على الطلاب الصم المكفوفين أن يتكلموا تقويم؟

يجب على الصم المكفوفين أن يتكلموا تقويم وذلك

1 ليحصلوا على مهارات الاتصال: التقويم يمنح للطفل الأصم المكفوف لتكلم من الأشياء في الماضي والحاضر والمستقبل بعد وقبل بدون أن يخطر بباله ذلك وهو ليس بالضرورة الانتظار لحديث الأشياء والتكلم عنها قبل حدوثها

2 لتعلم مفاهيم الوقت: بالتقويم يستطيع الأصم المكفوف أن يعرف مفهوم الوقت، الماضي والحاضر والمستقبل وذلك لأن فقدان السمع والبصر جعله لا يشملها في حياته

مواد المستخدمة في التقويم والأشياء الاعتيادية مرودة بطرق واضحة جداً تجعله يرى كيف يمر الوقت وما الذي انتهى وماذا سيحدث قريباً وما الطلب الذي يحطر به

3 لتعميم مصطلحات الوقت: الطفل تعلم في الماضي الطريقة ليظهر الوقت في الطرق الأساسية باستعمال التقويم والمواد واللغة في وقتها وهي ما يلي (انتهى، بعد، قبل، الماضي، استقر، المستقبل، اليوم، بعد الظهر) وكلها يستطيع ربطها بالوقت. (إن مواد التقويم تساعد الطفل الأصم المكفوف يستطيع أن يدرك ويلهم هذه الكلمات في لغة الإشارة، والمشاركة بالمعلومات عن الماضي والحاضر والمستقبل مع الآخرين.

4 لتعميم أجزاء الوقت: مفهوم كلمة الوقت صنعت بوضوح بواسطة صندوق تقويم ولكن اظهارها بسهولة بواسطتها ووجود صندوق آخر للانتباه والمفهوم عند الأطفال أن فكرة الوقت هو ريدة في اللغة مما يساعد على التحرك وربادة في الإنتاج ومعرفة أجزاء الوقت التقليدية.

٥ إعطاء دعم للأحاسيس وإثارتها: التقويم يعطي للعصم المكتوفين التحكم والسيطرة في حياته ليستمتع بها كالأخرين وتقبله الأبناء ليتوقع ويتزود بالحماسة والأمل بواسطة معرفة ماذا يجري أو ماذا حدث له خلال اليوم.

٦ جعله قابل لتعلم معلومات جديدة: غنما بهم الطفل المادي ماذا يجري أو ماذا سيحدث سوف يكون أكثر استعداد لنجر العمل وقابلية أفضل لتأخذ معلومات جديدة.

٧ صندوق التقويم يحتوي على أسماء مختلفة ولونيات لمضاعلات مختلفة في بعض الأحيان وعكس أن نسبها صندوق الأعمال أو الفانيات، صندوق جدول المواعيد أو صندوق التفتيح فجميعها تقدم نفس الهدف فهي

مرونة بمعلومات مكتوبة منجزة في جدول المواعيد اليومي

يسمح بالتوقيع لأنشطة كثيرة وذلك يقتصر من القل والمشاكل السلوكية

حليم المحسات الرمزية في النشاط أو المكان أو الشخص

للتشجيع على اختيار الأعمال

• ما هي الاحتياجات التي تلزم قبل البداية:

قبل أن تبدأ نظام التقويم عليك أن تعرف:

أن برنامج الاتصال والفانيات الخاصة بالطلاب يجب أن يكون بمكان محدد وهذا يعني حيازة الهدف على الاتصال والفانيات يجب أن تكون أكيدة وعادة ومصممة.

إذا كانت إحدى الفانيات غير واضحة والمطلوب من رواتها على سبيل المثال (طلب، رفض، تعلم مبادئ، إعادة، استعمال التطبيقات الخ).

هذه لا يمكن وضعها في التقويم وجعلها حيازة مرمية. الخ

النشاط الاختياري يجب أن يوضع في التقويم، فالتقويم يجب أن لا يبدأ حتى يكون هدف النشاط والاتصال في المكان المحدد.

إعداد صندوق التتويع

1. التماثل في جدول المراحل البرية: كل النشاطات التي تختار بالبال خلال اليوم يجب أن تكون متماثلة على سبيل المثال العمل على طولية للكتابة والقراءة، الذهاب لبحمام، معالجة مبريكة، غرفة العمل.

كل هذه النشاطات تكتب على بطاقة وتوضع بالقرب من صندوق التتويع.

2. اختيار العمل: يمكن أن تستعمل الخيارات للترتيب بأي نشاط يوجد في القائمة وتوضع مع بعضها في الصندوق الصغير أو صندوق التتويع، هذه الأعمال يجب أن تستخدم بانسجام مع وقت النشاط المحدد.

المواضيع المختارة يجب أن تجد معنى لدى الطفل وذلك في بداية استعمال التتويع المواضيع يجب أن تكون المراد استعمالها خلال النشاط اليومي مثل:

منفعة: استعمال لرفع الطعام للقم

- مسطرة: تستعمل للذهاب إلى المدرسة

والظن يبدأ يربط المعنى بالموضوع ويجب أن تختار الطميح المناسب لموضوع النشاط وذلك قليل لتخير المكان المناسب بسهولة

3. إعداد جدول المواعيد: الهدف من التتويع هو حلاقة الوقت فهو مرود بمعلومات عن الأحداث في اليوم وصندوق التتويع يجب أن يكون مخصص من الصباح حتى المساء

صندوق التتويع يقرأ من اليسار إلى اليمين من أول نشاط في اليوم، وتوضع رموز وتلميحات الموضوعات في مكان الطلقات والأوامر للنشاطات التي مستفد.

4. صندوق الانتهاء: هو صندوق كبير يجب أن يوضع بجانب التتويع، وذلك عند إكمال النشاط والانتهاء منه يوضع رمز الموضوع في الصندوق التتويع ويعداها يجب على الطفل أن يقول انتهى للدلالة على انتهاء النشاط، ويجب أن يكون صندوق النهاية مختلف من الصندوق الأخرى إما بالحجم أو الشكل.

• كيف يمكن استعمال صندوق التثقيف:

بعد دخول الطفل إلى غرفة الصف يجلس حفاة ويضعهم في خزانة داخل الباب ويذهب إلى صندوق التثقيف نظرة يديه على النشاطات في هذا اليوم
 عن المعلم أن يريه كل المواضيع واحدة بعد الأخر ويكون ذلك مع الإشارة.
 المعلم ياتن الطفل للعودة إلى صندوق الأول وهذا يتيح التمرير والفهميات
 نشاط لأول في اليوم، والطفل يأخذ الرمز من صندوق التثقيف ويسكه ويذهب
 بهذا بالنشاط.

بعد الانتهاء من النشاط وإكماله يعود الطفل إلى صندوق التثقيف ويحرك الرمز
 المستعمل في النشاط السابق ويضعه في الصندوق (انتهى).
 ويقوم بإشارة انتهى ويقوم بعملها مرة أخرى بقراءة جدول الموعد لمعرفة
 نشاطه التالي.

إن نظام التثقيف يسمح بالاكتمال بطرق متصلة منها:

الطفل يستطيع قراءة جدول المواعيد من غير مساعدة

- يمكن للمعلم إضافة لغة الإشارة وذلك لعرض توسع مهارات الاتصال

الطفل يستطيع أن يتوقع ما تأتي سيحدث

إن تلك الأعمال الاحتياطية في التثقيف اليومي يجب أن تتجر بواسطة أساليب
 متعددة ومركبة مع بعضها في الوقت المعين.

- إعداد الرمز المناسب.

- إعداد من النشاط.

- إعداد المواد المناسبة.

- الانتقال إلى المكان الآخر

- إكمال النشاط.

- وضع المواد جانباً

- وضع الرمز وترجيحه إلى التضمين.
- مناقشة عن النشاط وذلك فقط بالكلام عن المكان.
- إعادة رمز التضمين إلى صندوق النهاية وحمل إشارة انتهى.

تصميم التضمين

تصحيح التضمين يجب أن يراه الطفل ويجب إظهار كل الأقسام والمحددات بمقدار من الوقت والتنظيم بين الأقسام يجب أن يكون واضحة لروية وتعود الطفل بها التصميم يجب أن يظهر الوقت للوصول للهدف. وهذا النشاط يحدث بالآول وهذا النشاط التالي والفرع بالوقت يجب أن يستعمل في التضمين على سبيل المثال (حلبة حديدية، صندوق مقروبه سلال بلاستيكية وورطها مع بعضها).

يمكن إظهار الصفة المشتركة في الأعلى صندوق التضمين مصمم ليكون قوي شديد وثابت لكي لا يحركه الطفل عند اللعب به، وهذا القسم يجب أن يكون عالي كمايه لأخذ الممرور وإن يكون صغير لإرجاعها للقسم المخصص، ويجب أن تكون القياسات مناسبة لصندوق التضمين وذلك عندما يلمس الطفل الطرف بيده اليمنى يجب أن يلمس الطرف الآخر بيده اليسرى.

بعض النقاط المهمة والتي يجب مراعاتها وتذكرها عند صنع صندوق التضمين

حجم صندوق التضمين الكامل يجب أن يتناسب للطفل كالتحكم بإلهام الإصبع فعلى الطفل أن يكون لهبه قابلية للشعور بسهولة بين أبعاد الصندوق كوضع يده اليمنى على طرفها واليد الأخرى على طرفها اليسار

- كل الأقسام لمفاتيح في صندوق التضمين يجب أن تتناسب مع الحجم وخاصة الثقوب أو الأنياب الصغيرة التي نحويها يجب أن تكون صغيرة لتحتوي فقط يد الطفل والرمز المرفق وتكون سطحية، وتكون سهلة لفهمها مكانها وحجم هذا القسم عادة يعطي للطفل إمكانية لأخذ أو إرجاع الرمز أو الصورة
- صندوق التضمين يجب أن يكون قوي شديد وثابت وذلك يسمح للطفل باستكشافه نفسه بدون أي مؤذية وعلى سبيل المثال: إذا كان صندوق التضمين دائم يظهر رمز

ويقع للخلف ونكرر ذلك عدة مرات فإن الفهم وفي التنظيم غير موجود بل ذلك يجب أن ينظم بشكل دقيق ومفيد.

- نموذجياً: الأطفال الصم المكشوفين يحتاجون إلى دعم في التنظيم والترتيب ويحتاجون إلى يرشدتهم إلى الأشياء الصغيرة في صندوق القنوم من وقت لآخر وعندما يملك قايمة ضئيلة لوقت يجب أن نصمم القائمة لتناسب الطفل وعندما يستطيع الطفل أن يشرح بتسميات الوقت

تصميم صندوق القنوم للطفل الذي يستعمل معلومات منظمة دائماً، مال وأطلب من شخص آخر لم يري للمعلومة السابقة ومحمي وضع الطفل الرمز شكل خطأ ٢ حل أي جزء أفضل من أي جزء آخر؟

يجب أن نتأكد من أن صندوق القنوم موزع بالمعلومات تتناسب وتدعم وتعطي موائد للطفل وتعطي له تعليمات، حاول صنع جزء معين مختلف اللون أو رصاعه حواف الأطراف كن حذراً لا تصنع صندوق قنوم معقد ومشغول جداً، في بعض الأحيان استعمل أجزاء معدة اللون فيها واختلافات كثيرة ومتعددة بين الرموز، لصعوبة واجعلها صعبة لتعبر الرمز

تأكد من وجود أنواع غير المرتبة في مكانها لكي لا يخلط خطأ في التعليم، وعند الإضافة تكلم مع الطلاب في غرفة الصف حول المواد للصعوبة الجديدة (بمعة لإشارة)

بعض النقاط المهمة التي تحمل صندوق القنوم ينتج:

- اجعل القنوم بصورة يومية.
- في البداية يجب أن تكون مرشد ومطبخ للقنوم في تعليم المجموعات للطفل (المهبط إلى المساعدة المتعددة الكبيرة) في معاملة الطفل إذا رفض أو طلب شيء للنشاط
- اعمل تغيير في الوقت على سبيل المثال، عند التحرك إلى حصة جديدة فهو راسك في المعلومة والنشاط الاتي.

- لا تترقب من استعمال التفويج قبل لأن الطفل يتذكر جدول المواعيد الخاص به وهذا يدل على وجود عدة فوائد يمكن أن يستفيد في استعمال التفويج لعمل الكثير والريادة في التعلم ومساعدة الطفل في جدولة اليوم ليصبح مثالي.
- اصنع شريط فيديو لتفويج الطفل في نهاية السنة لتعلم الاندماجات الجديدة المروعة ولتعلم كيف يبدأ مرة ثانية في السنة الدراسية المقبلة.
- ابدأ مع شريط الفيديو اعمل قائمة بالمرور المستخدمة لإظهارها في المعاليمات والمشاطات ومناقشة الأشخاص حول التفويج.
- فريق العمل يشرح أن التفويج مهم جداً للطفل ويجب أن يكتب في جزء من خطة التعيين الخاص في فريق IEP وهنا يؤكد سيكون برنامج متواصل من سنة لأخرى ولا يعمل مع ما طرأ من تغييرات للفريق.

الكلالة الوضعية بين التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد

مقدمة

تصريف التوحيد

لمعية التوحيد

السياق التوحيد

التوحيد والتوحيد

التكليف والتكليف

الترتيب والتوحيد

التكليف والتوحيد والتوحيد

مقلادة قانون

مقدمة

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

التوحيد ومقلادة قانون

الفصل الخامس

التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة داون

التوحد

أوردت القصص المبدئية وصف حالات من الأفراد يمكن أن اعتباطهم بعمل الحدن بمنزلة ولعل حد كبير للمحالات التي تعاني من التوحد Asperger حيث تعود هذه الكلمة إلى لأصل البرستاني Asperger وتعني الغص وفي مجال الطب النفسي تعني الاستجابة والاستمرارية في الغص واليقظ يلفترون عليه فقام الطفولة Childhood Schizophrenia التي من أمراضه عطلت الممارسة أو الهياكل، ويكسر تكراره في الأسرة الو حفته يصيب الجسم بغض النسيء، ويظهر قبل البلوغ يسماً تبدأ معاناة التوحد في السنوات الأولى من عمر الطفل وقد يصاحبه في بعض الحالات إعاقة عقلية، علاوة على أنه اضطراب عقلي بينما القصاص مرض عقلي والطفل الذي يعاني من التوحد قد يستع بصحة أفضل وقطرة حركية أفضل والوراثة لها أثر قوي في حدوث القصاص يسماً لا يوجد دليل مؤكد على ذلك في حالات التوحد حيث لا نستطيع القول بأن هناك طرقة موحدة بين الأسر حتى يعتبرها مؤشراً لوجود حامل الوراثة في التوحد فهناك بعض الأسر التي قد تتكرر فيها حالات التوحد هذا بالإحصاء إلى أن هناك بعض الأسر التي فيها طفل توحد قد نجد لدى إخوته أمراض صعوبات أخرى، وأسر أخرى لا يوجد فيها إلا طفل واحد يعاني من التوحد وهذا يهزم بعدم الإقرار بوراثة التوحد وأول من صده رسمه من الخصائص الشخصية لشدة من الأطفال أطلق عليهم مصطلح التوحد المبكر حولبركنر Leekness سنة 1943 وصنف هذه الزمرة إلى عدة عاود منها:

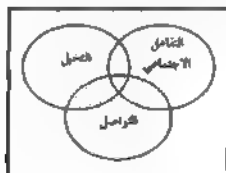
المعبر في التواصل مع الآخرين يبدأ منذ ولادة الطفل (الأهبات الباهيات يلاحظون ذلك من خلال مؤشرات) وإخفاق في استخدام اللغة والتشغال نام بالأشياء في مقابل انصراف تام عن الأشخاص المحيطين به وفي ذات الوقت تقريباً عام 1944 توصل النمساوي هاينز اسبرجر Hans Asperger إلى درجة من الخصائص مشابهة إلى حد ما إلى ما توصل إليه وكتر وتبع الطبيب النفسي لويج I. wing خصائص مجموعتي اسبرجر وكتر فوجد أن خصائص اسبرجر تطبق تماماً على حالة ابنته في الوقت الذي لم تندرج خصائصهما في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية D.S.M. إلا أنه مع الاهتمامات ويزود أوجه الاختلاف بين أعراض اسبرجر وأعراض حالات كتر مما امتضى ورودهم في أواخر الثمانينات وفي الطبعة الثالثة لمدلة (D.S.M.-3R) كما وردت أيضاً عام 1994 ضمن مجموعة اضطرابات النمو الإنفصالي الشاملة Pervasive Developmental Disorders وفي الطبعة الرابعة (D.S.M.-4) والتي تضم خمسة اضطرابات هي

التوحد Autism، الاسبرجر Syndrome Asperger، ريت Syndrome Rett، اضطرابات النمو غير المحددة PD D-NOS، اضطرابات الطفولة التحديه Disintegrative Child-hood Disorders، وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة مصطلح طيف التوحد Autistic Spectrum وهي حالات اضطراب ذات بروتوجي عصبي يمثل في توقف النمو على جوانب الموعبة والمعرفة والاعماله و الاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلباً على بناء الشخصية

تعريف التوحد

هناك العديد من التعريفات التي حاولت وصف هذا الاضطراب، حيث احدث معظمها إلى المظاهر السلوكية لدى الطفل التوحد، فقد تم وصفهم بالانعزال، ولاستعاب، والنمو غير الطبيعي، وعدم النجاح في إقامة علاقات مع الآخرين، وعرفت الجمعية الأمريكية Autism A society Of American بأنه نوع من الاضطرابات التنظيرية التي لها دلائلها ومؤشراتها في السنوات الثلاثة الأولى نتيجة خلل دلي كيميابة الدم أو إصابة الدماغ تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على

مختلف نواحي النمو وقد يوضح الشكل التالي ثلاثية الاقتران التي تسهم إلى حد كبير في تشخيص التوحد



ربير، من هنا الشكل أن الاقتران إلى إحدى الميقات بمرز لا مشكلات في حاجه إلى تشخيص دقيق والجزء المظلل من تقاطع الميقات الثلاثة هو مايس لشمس وهنا يكمن بطفل الذي يعاني من التوحد وما توصل إليه المؤلف، تؤكدته نتائج مؤتمر اعلمتر 999 Autism على أنه اضطراب عائي يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم ويمثل «الافتقار الناتج من هذا الاضطراب في نفس الثلاثة الموضحة للشكل السابق، ويعرف كذلك على أنه حالة غير عادية لا يتم فيها الطفل علاقة مع الآخرين» ولا يتصل بهم إلا قليلا جداً، والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على العنصر الذي قد يكون سلوكه شاذ، ناجم عن تلف في الدماغ.

ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب مخوفه من شيء غير المألوف، ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء، فقد يكون هؤلاء طبيعيين أو أذكاء جداً أو متخلفين عقلياً (بيبي، 2003)

ولعل التعريف الأكثر قبولاً في هذا المجال هو أن التوحد «اضطراب عائي ناتج من خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ، فهو معروف الأسباب، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويميز فيه الأطفال بالخلل في التواصل مع الآخرين، وبضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط شاذة من السلوك، وضعف في السبب التنفيذي» (Kandelack, 1988). ويعنى أيضاً مع ما

ومعده الشبكي السابق، وعموماً فالاضطراب التوحدي هو سوح من الاضطرابات الارتقائية التي تقلل سرمانه وتؤثر على جميع جوانب النمو والتي تمتد محسن طردنا بدرجة الاهتمام في تعليم المهارات الاجتماعية والتواصل اللغوي وهبر اللغوي والمهارات التفكيرية والخصص قد يكون ملحوظاً جداً كلما كان التدخل العلاجي مبكراً

نسبة الانتشار

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص لحالات التوحيد، فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب أصبحت في التزايد. فهد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (15/20 حالة-10000) لكل حالة ولادة حية (Brynn, 1996)

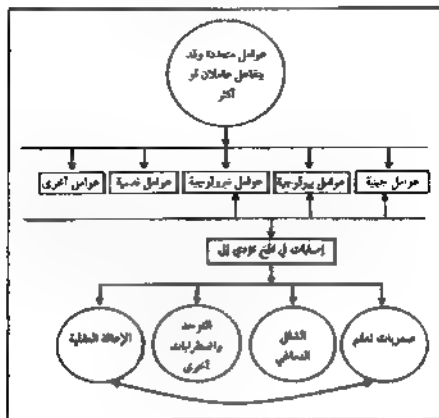
وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن النسبة تكاد تصل إلى (1-100) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى أن حالات التوحيد بأنماطها المختلفة وأنكافها تصل إلى (500و500) يمكن وصعهم بأن لديهم حالة توحيد أو أحد أشكال طيف التوحيد (Donlap, 1999)

ومن ناحية أخرى فانه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة إلى (4-1)، ولكن التوحيد يظهر في الغالب بفرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوباً بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (1-2) نثى مقابل ذكرا، وليس الذكر كالنثى غالباً، يطلون فصفاً سيورولوجياً دقيقاً أكثر من الأولاد فقد أوضحت دراسات عديدة إلى أن الإناث اللواتي يعانون من التوحيد تقل من الأولاد في التعرض للاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدي بشكل خاص، ويظهر التوحيد في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الطائفة والعربية (Bowley, 1997)، كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحيد تصل من 10٪-20٪ ومولاه يظهرون شلواً في جهاز رسم المخ الكهربائي، وهذا السلوك لدى البنين والبنات ولا توجد فروق علة بينهم عما يشير إلى خلل في الدماغ لأوسط Mifformin والتي يكون من مراكز التنشيط الشبكي Reticular

ويلعب دوراً هاماً في الاتجاه للمثيرات البصرية والسمعية مما يؤدي إلى التحكم في حركة العيون والتأخر والتأخر في ضبط المشاعر والمزاج والمزاج والنوم والنوم وتنظيم ضربات القلب والتنفس، وهناك دلائل كثيرة على أن مدى انتشار التوحد يأخذ في التزايد، وأدت دراسات حديثة إلى أن الذكور هم أكثر عرضة للإصابة ولا يعرف سبب ذلك حتى الآن.

أسباب التوحد

ما زالت الأبحاث والدراسات تجري حتى الآن لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات الفرد، ويمكن تصنيف ما تبين إلى عدة عوامل يوضحها الشكل التالي.



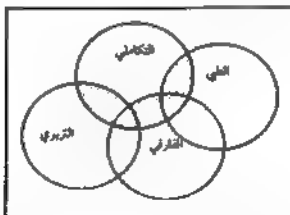
أعراض التوحد

1. التعامل الاجتماعي: هناك ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ويتصفون بالعزلة القرمزية Extreme Autistic Aloneness والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في غولمة.
2. التواصل (اللفظي وغير اللفظي) وعادة يطردون إشكالا شاذة من اللغة كالمصاداة أو التردد النمطي لما يقوله الآخرون، وعدم القدرة على التواصل البصري، وازدياد شديد بالجمادات لا بالأشخاص.
3. تحمل في الحواس: فاجهنا لدى هؤلاء الأطفال حسية عالية جداً لمس أو لمسك وفي بعض الأحيان لا يهتمون لملك ومضطربون من بعض الأصوات المنبثقة من الأجهزة الكهربائية كالكنسة والحفلات والمصاعد وما شابه ذلك وكذلك الحال بالنسبة للشم والتذوق والبعض منهم يبالغ أحياناً في عدة من الطعام لا يجيد حنكه.
4. ضعف في اللعب والتخيل: حيث أن معظم أطفال التوحد لا يوجد لديهم إدراك لأبعاد اللعب التخيلي، ويأخذ اللعب عادة شكل نمطي وتكراري محدود، وعدم مشاركة أقرانهم في اللعب.
5. صهرو أنماط شاذة من السلوك: مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه. الخ، وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخریب بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يهتفون الرهي بأجسادهم والتحكم الإدراكي وإلى التكامل الحركي (Ontario, 1990).

التشخيص والتقييم

تعتبر عملية التشخيص من أصعب المراحل التي يمر بها الطفل التوحدي، حيث أن التشخيص بحاجة إلى فريق عمل متعدد التخصصات في الجانب الطبي، والنفسي، والاجتماعي، والتربوي، والسلوكي، وهناك تطور حصل بالنسبة لأنواع التشخيص والتقييم حالات التوحد، والتي يمكن من خلالها تغطية الجوانب المختلفة للاضطراب

منه الطية منها، أو السلوكية والتربوية ويوضح الشكل التالي المراحل الأساسية في عملية تشخيص حالات الترحد



يوضح من الشكل أعلاه من خلال العمليات التطبيقية للتكامل والتقاطع بين العمليات الأربعة أن مجموعة التقاطع بينهم خطي التشخيص الذي لا يختلف عليه فريق العمل

وعن الإشارة في هذا البعد لأكثر من جانب يتم فيه عملية التشخيص والتقييم للجوانب الطبية والسلوكية والتربوية، حيث يمكن تصنيف طرق التشخيص والتقييم إلى أكثر من شكل، ومما يلي شرح لأشكال التشخيص والتقييم والأدوات المستخدمة

أولاً، التشخيص الطبي

ولقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النحو التالي.

- 1 التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل، حيث يشمل هذا الجانب على معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل والولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى، وطبيعة المشكلات التي يمكن أن يكون قد تعرض لها الطفل ولحدها رتباً مع الاهتمام بالأصول الوراثية، ومشاكل الطفيل الاجتماعي

بـ الكشف السريري، وهو الكشف الذي يقوم به الطبيب بشكل مباشر للطفل، وهو كشف ميداني يهدف التعرف على الوضع الصحي الأولي للطفل.

جـ. المعلومات الطبية، وتشمل على فحوصات متوجة مثل التصوير الطبي، الرنين المغناطيسي، لمس السمع، النظر، فحوصات القدم والبول والبراز... الخ، وهدف هذه الفحوصات للتأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خلل عضوي واضح لديه (البلشاه، 2003).

د. ملاحظة الوضع العام والسلوك العام للطفل من خلال الزيارات الأولى في العيادة وكذلك تطبيق التكلفة الخاصة بالطفل التشخيصي للاضطرابات العقلية، الذي يتكرر من خلالها جمع المعلومات الخاصة به عن طريق أسرة الطفل مبدئياً.

هـ. المشاركة في عملية التشخيص والتشخيص التفريقي، ويقصد به تحديد نوع من الاضطراب لدى الطفل التوحدي في حال ظهور خمس الأعراض في الاضطرابات ومشكلات أخرى، فالتبيب يلعب دوراً هاماً وقاسماً في نتيجة التهور السائي وتحديد العمر الذي ظهر فيه الاضطراب ونوع المشكلات المعالجة للاضطراب (American, 1996) وذلك باستخدام معايير أخرى تطبق على الطفل، يتأكد من استبعاد وجود مشكلات أو اضطرابات أخرى وليسية مثل عصام الطفولة واضطرابات النمو القشري، والعصاب... الخ (Rutter, 1978)، (Ornitz, 1973).

و. زعك الإشارة أيضاً إلى أن الطبيب هو أحد الأعضاء المؤسسين جدياً في فريق العمل الذي سوف يضع البرامج للطفل التوحدي، وذلك من خلال المشاركة في التشخيص والإطلاع على الجوانب المعنوية والفسيولوجية، وكذلك الصحة للطفل التوحدي، وأيضاً بالنسبة للعائلة الدورية في المستقبل لأي مستجدات يمكن أن تحدث مع الطفل خصوصاً في الجانب الطبي مثل ظهور نوبات صرع، مشكلات في الجهاز الهضمي... الخ.

ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل طبيب الأطفال، الأعصاب، الطب النفسي، اختصاصي الأذن

و لأنفس والمجسرة، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل (Cohen, 1978)، (Knoblock 1980).

وبناء على ذلك فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار ضرورة التشخيص الطبي بداية لأنه بمثابة الخطوة الأولى للتصرف على الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، والذي يمكن أن يعطينا إشارات أو علامات مميزة وخاصة باضطراب التوحد. فالتشخيص والتقييم السلوكي والتربوي

يحتي نصل إلى تشخيص تكاملي لحالة الطفل التوحدي، والوقوف على الخصائص والمشكلات المختلفة لديه، فإنه لا بد من التطرق إلى الحزم الممكنة في عملية التشخيص، وهو الجانب السلوكي والتربوي.

ونجد الإشارة إلى أن هناك نقاط عديدة تيسر فهم طبيعة المشكلات التي يتم مواجهتها من خلال التركيز على الجوانب السلوكية والتربوية الموجودة لدى الطفل التوحدي، ويمكن أن تشير إليها على النحو التالي:

- التركيز على الملاحظة كأسلوب فعال وطريقة موضوعية الخلف عنها وصف السلوك الذي يقوم به الطفل التوحدي كما هو: وبذلك يمكن الإشارة إلى ملاحظته لمباشرة وغير المباشرة والتي تتيح الفرصة للمعلم والأخصائي لمراقبة النمط السلوك المختلفة التي يظهرها الطفل التوحدي في المواقف الحياتية واليومية التي يتعرض لها، ويتم تسجيل هذه السلوكيات وجمعها باعتبار أنها تصف (وضع) الطفل في المرحلة الحالية، وس الجدير بالذكر أن أهم أدوات الكشف المستخدمة للتصرف على جوانب الاضطراب يتشكل عام هي:

1. HCD 10 (1992):

أ وجود قصور أو عجز في نمو واحدة أو أكثر مما يلي وذلك قبل 3 سنوات من العمر.

• اللغة التمجعية المستخدمة في التواصل

• نمو الضمحل الاجتماعي أو الضمحل المشترك.

• اللعب الرمزي أو الوظيفي.

ب. القصور في التفاعل الاجتماعي المشترك

- عدم القدرة في مناجاة النظر لأعين الآخرين، والتعبير بالوجه، التعبير بالجسم، الإشارة، تنظيم التفاعل الاجتماعي.
- عدم القدرة في تطور العلاقات التي تتضمن مشاركة الاهتمامات والأنشطة.
- قصور في البحث عن أشخاص آخرين يتجه إليهم للراحة أو الرد أو في أدات الضغط النفسي أو تقديم الراحة لهم حسبما يظهر عليهم الفلاس.
- قصور في الثقة والسعادة المشتركة بينهم وبين الآخرين.
- قصور في الثقة والسعادة المشتركة بينهم وبين الآخرين.
- قصور في المشاركة الاجتماعية وللمناقشة، وعجز في الاستجابة لمواظف الآخرين.

ج. القصور في التواصل

- تأخر وتقصير كامل في اللغة النطوقة.
- عدم الاستطاعة في بدء أو تكملة حوار مع شخص آخر.
- عدم ملائمة الصوت في درجة الصوت والتهرة.
- الأنشطة والاهتمامات.

- الانشغال بأنواع عديدة من الاهتمامات.
- التعلق والارتباط بأشياء غير حادية .
- سلوك نمطي متكرر وآلي.
- الانشغال بأجزاء من الأشياء.
- الاهتمام بتفاصيل صغيرة غير مهمة في البيئة المحيطة.

2 (1994) DSMIV

مفرحة الأولى: يجب أن يكون المجموع الكلي (6) فما فوق.

أ. ضعف في التفاعل الاجتماعي.

• ضعف في استخدام سلوكيات غير لفظية مثل النظر إلى العين وتمايز الوجه

• تكون العلاقة بصورة غير ملائمة للسن أو النمو

• عجز في البحث التلقائي أو الطلب الطوعي لشركة الآخرين في المساعدة والاهتمام بالآخرين

• نقص في الملاقة الاجتماعية والمخاطبة.

(يجب أن يتوفر على الأقل تكتين من النقاط السابقة)

ب. ضعف معرفي في التواصل

• تأخر أو عدم وجود اللغة المتوقعة.

• عجز واضح في القدرة على بدء الحوار

• استخدام متكرر للغة والتعابير المقوية

• إختلاف في علاقة الآخرين في مستوى نمو مناسب، واللعب التخيبي

(يجب أن يتوافر نقطة واحدة على الأقل من النقاط السابقة)

ج. عجز في الأنشطة والاهتمامات

• الانشغال بنوع واحد من الاهتمامات مع التركيز عليه

• الانشغال بالأجزاء من الأشياء وليس الكل

• سلوكيات متكررة

• عدم المرونة عند تغير عناصر الموقف ووجود طقوس معينة في الموقف.

(يجب أن يتوافر نقطة واحدة على الأقل من النقاط السابقة).

المرحلة الثانية: يجب أن يكون لدى الطفل تأخر أو وظائف غير هادئة في بداية

ثلاث سنوات الأولى من العمر في واحد من المجالات التالية على الأقل

1. التعامل الاجتماعي

ب استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

ج اللعب التخييلي أو البسطة

المرحلة الثالثة: هذا الاضطراب لا يكون أفضل في المعدل من اضطراب هريش
ريت، أو اضطراب الطفولة التخيلي

أ الاستخدام الفعال لبعض القواعد والمعايير المتعارف عليها والتي تستلزم
لكشف عن الجوانب المختلفة من الاضطراب لدى الطفل التوحدي، وبكس
الإشارة إلى معايير لمراقبة السلوك وقياس التفردات والفرقات وسرعة نقاط
الفرق والاضمحلال لدى الطفل التوحدي.

ب توظيف هذه القواعد والمعايير التي تطبق عادة على الطفل التوحدي بشكل
إيجابي، وذلك ابتداء من اختيار القائمة أو القواعد مروراً بالفهم الصحيح
والواضح لإجراءات تطبيقية، وكذلك الاعتماد على كادر متخصص في
تطبيق مثل هذه القواعد، ثم العمل على تحليل وتفسير النتائج ومواجهتها نحو
وضع البرامج العلاجية المناسبة لكل طفل بناء على طبيعة خصائص
والصعوبات الموجودة لديه.

ج بالإضافة إلى أن هذه القواعد تستخدم لأغراض التقييم لأنه لا يمكن الاستفادة
سواء في إعادة التقييم لمستوى الأداء الحالي الذي يصل إليه الطفل التوحدي
بعد وضع وتطبيق البرنامج كما هو الحال في قواعد الشطب مثل

« قائمة شطب لسلوك التوحيد (Autism Behavior Check List, ABC)

والتي طورها كل من كروك وإيرك والموند (Krug, Arick & Almond) ولتشمل هذه القائمة على (57) فقرة، حيث تصنف هذه الفقرات أنماط
السلوك التي يظهروها الأطفال التوحدين وقد تم توزيع هذه الفقرات في
القائمة على خمسة أقسام وهي:

- الجانب الاجتماعي والاعتماد على الذات

الجانب المعرفي.

- احتمال الجسم والأشياء.

- العلاقات والتواصل.

- الإحساس (Short 1986).

• قائمة شطب لسلوك الطفل اليومي ' Daily Child Behavior Check List.

تتضمن هذه القائمة على (64) فقرة. تشير هذه الفقرات إلى أنماط السلوك التي يقوم بها الطفل للتوحد خلال يوم كامل (24) ساعة من وجوده في البيت، حيث يقوم الوالدين عادة بتعبئة هذه القائمة، ويتم تسجيل الإجابة مقابل كل فقرة على سلم متدرج من (مرضي - غير مرضي - ليس متأكد)، حيث تشير فقرات هذه القائمة إلى العديد من الوظائف التي يمكن أن يقوم بها الطفل للتوحد من لحظة نهوضه من النوم ودخوله إلى الحمام، وتناوله طعامه، ومساعدته لوالديه في تحضير الطعام، ارتداء الملابس، إلخ، تسجيل الملاحظات يومياً عن وضع الطفل في المنزل وكيفية تصرفه في المواقف المختلفة (William 1983).

• قائمة تقدير الأطفال المتوحدين (Children hood Autism Rating Scal,) (CARS).

والتي طورها سكولر وآخرون (Schopler, et. al)، وتتكون القائمة من (15) بند، وهذه الأبعاد هي: العلاقات مع الآخرين، التفيد، الاستجابات الانفعالية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف للمستقبل، إدراك الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، الاستجابة لللمس والرائحة والتذوق واستخدامه لغرفة والمصيبة، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى الوظائف المعرفية، أخيراً الإطباع العام، ويتم تسجيل استجابات الطفل على القائمة بعد الانتهاء من مرحلة الملاحظة للطفل المتوحد، وهناك سلم تقدير يمتد على عدد من الدرجات مكررة (7) مستويات إجابة من الدرجة (1) وتشمل الوضع الطبيعي، نهاية

بالدرجة (4) وتمثل الدرجة الشديدة لحالة التوحد، ويقع في النصف بسيط والمتوسط، وفي حال عدم التأكد من الدرجة فإنه يمكن أن يحصل الطفل التوحد على درجة في النصف مثل (1.5, 2.5, 3.5)، ويشكل عام بيان هذه القائمة نمذ في تشخيص أطفال التوحد ومعرفة درجة وجود الصفة لدى الطفل (Pardo, 1983)

• قائمة شطب لتقدير سلوك الأطفال المتوحدين غير الأسوياء Behavior Rating Line (ARIAAC) statement For Autistic And Atypical Children. وقد طورها روثبيرج وأغرون (Rutenberg, et al) وتشعري القائمة على ثمانية أبعاد فرعية منها: العلاقات مع الآخرين، مهارات التواصل، حركات الجسم: الإنجليات الاجتماعية، اللطيف واللغة التعميرية، وللقائمة سلم متدرج من (10) درجات لتسجيل استجابة الطفل، حيث يقوم الملاحظ بمراقبة سلوك الطفل داخل الأسرة وبشكل مباشر، ويتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها الطفل داخل الأسرة بشكل مباشر، ويتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها الطفل في كل فترة (Shon 1986)

• قائمة شطب لأعراض توحّد الطفولة المبكرة: Check list Of Symptoms Of Early Infantile Autism.

قام بتطوير هذه القائمة بالون وسبنر (Balon & Spencer) وتشتمل هذه القائمة على (30) فترة موزعة على أبعاد وهي: تحريف (تشوية اللغة)، الانسحاب الاجتماعي، النشاطات المتكررة إلى الدمج، عدم العصبية والأناقة، خصائص العلاقة.

ويتم جمع الدرجات التي يحصل عليها الطفل الموحّد، وذلك بهدف معرفة نشاط القوة والضعف، وكذلك المشكلات السلوكية التي يعاني منها (Pulon, 1959).

• قائمة خصائص السلوكية والتربوية للأطفال المتوحدين والمختلفين عقلياً
وقام بتطويرها البشلة (1994) حيث إنشئت على جانبين الأول سلوكي واستوى على أبعاد هي (السلوك النطفي والروتيني، العدوان، والتعصّب،

الاستجاب الإجماعي، النشاط الزائد، المهارات الإستغلالية والعناية بالمتاد، الجانب التثني تروبي، والتعامل على الأبعاد الثنائية (ضعف الانتباه والتابع الاستجابية، البعد المبرقي المهارات الأكاديمية الأصعب، مهارات التواصل، اللغة والكلام)، حيث أن عدد فقرات القائمة (147) فقرة تطفي (9) أبعاد ويقوم المعلم عادة بتطبيقها على الطفل بعد ملاحظة ومراقبة السلوك والسلوكيات التي يظهرها الطفل، وعن طريق سؤال الوالدين، حيث يتم من خلالها إظهار نقاط القوة والضعف الموجودة لدى الطفل التوحيد، سواء الجانب السلوكي أو الجانب التربوي أو كلاهما معاً، وسوف يتم استعراض بعض فقرات القائمة فيما بعد

• قائمة شطب المهارات وأنماط السلوك لدى الأطفال المترشحين Check List
Of Behaviors and Skills Children Showing Autistic features

- ويحتوي في البداية على أسئلة تتعلق بتفاصيل عن التطور المبكر والتاريخ الطبي للطفل، ثم هناك أبعاد تتعرض لما القائمة وهي:
- ملاحظات العامة وتناول: (الميزة المظهر الخارجي، الوضع والحركة السلوك الاجتماعي - التوجه والمشكلات العامة - الإرشاد)
- التحكم بالانتباه ويتكون من: (6) درجات ابتداء من الانتباه السريع، ونهاية بإعطاء الانتباه الكامل والذي يستطيع التحكم به.
- وظائف الحس تشمل على: (الإدراك البصري، السمع، إدراك الجسم، الحد الأدنى من الحس).
- الوظائف الرمزية غير اللفظية.
- تكوين المفهوم ويعتري على (المطابقة واحد مقابل واحد، التصنيف، التجميع، المحجب، التشابه، الإختلاف، القياس أو التقدير، الوضع).
- مهارات التتابع والتلفظ وتشمل على المهارات: (البصرية، السمعية).
- المنطق واللغة تشمل (الجانب الاستيعابي، التمييز).

• الإجهادات للتربية والتذكاء ويشتمل على جوتيب تربية في القراءة والكتابة ومعايير الأعداد والقدرات القنبية، وكذلك من هناك نتائج لاختبارات ذكاء طبقت على الطفل، وفي نهاية كل بعد يتم تلخيص أهم الملاحظات، وكذلك كتابة الأهداف المقترحة لكل بعد بناء على النتائج التي حصل عليها الطفل (Mansoor & Tessa, 1967)

ومن ناحية أخرى فإن هناك العديد من الاختبارات النفسية التي يمكن أن تطبق على الطفل التوحدي من أجل التعرف على جوانب القوة والضعف لديه، وبما يقدم لأهداف العامة والخاصة للبرنامج التربوي الفردية الذي تحيط ترويضه للطفل، مع الأخذ بعين الاعتبار بأن لا تعتمد على النتائج التي يحصل عليها الطفل التوحدي على الاختبارات بشكل مطلق بسبب طبيعة الخصائص التي يصف بها، ونظراً لاستجابات التي يمكن أن يظهرها أثناء تطبيق الاختبارات عليه، وكذلك فلا بد من مراعاة نوعية الاختبارات التي طبقها بحيث تتسم بالأداء أكثر من اعتمادها على المهارات اللغوية، وفيما يلي بعض الاختبارات التي يمكن تطبيقها على الطفل التوحدي

1 اختبار ميريل - بلار العقلي: Palmer Scale Mental Test-The Merrill يستخدم هذا الاختبار مع الأطفال ذوي العمر العقلي الذي يتراوح بين (8)، شهراً و (71) شهراً، ويشتمل على اختبارات فرعية، تتراوح مستويات الصعوبة فيها، حيث أن بعضها يحتاج إلى استخدام اللغة والتصورات الفعّلية، وبعضها يحتاج إلى أداء ومعل، وقد تم بناء معظم فقرات هذا المقياس من صور الفطريات لأدائية التي لا يحتاج فيها الطفل إلى اللغة، وتخصص الأطفال الذين لا يستطيعون الإجابة بشكل جيد على الاختبار اللغوي يستخدم هذا الاختبار العمر العقلي (Mental Age) ويعتمد على السرعة التي يظهرها الطفل التوحدي في أداء (Everard, 1976).

2. مقياس لير الدولي للأداء (The Leiter International Performance Scale) طور هذا المقياس ليستخدم مع الطفل الأصم، ويغطي للأعمار ما بين (2-18) سنة، ويتكون من سلسلة بطاقات مصورة، وسلسلة من المجموعات الصغيرة ويوجد على كل منها صورة وعلى الطفل أن يطابق بين الصور في

البطاقات مع الصور في المجموعات حيث يتم عرض بطاقات تحمل الألوان، والأشكال، والأرقام. البع، ويكون ذلك في بداية فقرات الفهم، إلى أن تصل درجة الصعوبة إلى القدرة على التصور لهذه الأشكال في ثلاثة أبعاد، ولحل غياب الفقرات المنطقية والتي تعتمد على اللغة في الإجابة عليها يجعله مناسباً للأطفال المتوحدين بحيث لا يجعلهم يشعرون بالملل.

3. مقياس فينلانده للتطويع الإجتماعي: *The Vineland Social Maturity Scale* يتألف هذا المقياس من ثمانية أبعاد وهي الكتابة الدائرية، تناول الطعام، ارتداء الملابس، توجبة الدفات، التحدث الاجتماعي، المهنة والاتصال، التبرك.

وهو مذبذبة الشخص الذي يعرف الطفل، ويكون هناك كتيب يحتوي على فقرات يمكن من خلالها الاستعصار والحوال عن السلوكيات التي يرم بها الطفل، ومدى اتقانه هذه السلوكيات في الأبعاد المختلفة، ويستخدم هذا المقياس، لأن فقراته في معظمها تعتمد على الاستيعاب واستخدام اللغة، وكما هو معروفه فإن لأطفال المتوحدين يعانون من ضعف في هذا الجانب.

4 اختبار الهنوي للفقرات النفس-لغوية: *The Illinois Test Of Psycholinguistic Abilities* ينطلي هذا الاختبار الأعمار من ستين وثلاثة أشهر إلى تسع سنوات وثلاثة أشهر، وتتكون أدواته من بطاقات عليها صور، ويعرض هذا الاختبار أنه بالإمكان تجربة الفقرات اللغوية في مهارات مختلفة، بحيث يمكن فحص كل مهارة لوحدها، وهناك اختبارات فرعية تقيس مختلف الجوانب اللغوية من الكلمة والصورة، على العلاقة بين الصورة والكلمات، وعطاء استجابات منطقية، وترباس الذاكرة البصرية، وتكس الإشارة هل بل أن طريقة الاختبار بدجراته يمكن أن تكون مفيدة للأطفال المتوحدين، والتي لديهم مشكلات واضحة في اللغة (Eversard, 1976).

5. تقييم اللغة من خلال سلوك اللعب: *Asserment of Language Through Play Behavior* طورت ماري (Mary) ميكانيكية ملاحظة سلوك اللعب لدى الأطفال من سن (1-4) سنوات وتتكون الأداة التي استخدمتها من مرفوعات

شائعة مثل اكتئاب، قلق، صدمة، اضطرابات وأزمات، وتحت الدوحة التي يحصل عليها الطفل على مدى له واستجابته للموضوعات المقدمة له، وهل يتهم أهدافها، حيث يتم ملاحظة السلوك الذي يقوم به الطفل، وبناء عليه يتم تقدير الدوحة التي يحصل عليها.

ويمكن من خلال هذه الطريقة تعلم الطفل على الرموز، وخاصة الأطفال الموهوبين، الذين تفتقرهم المهارات المعرفية في مثل هذه الألعاب تفيدهم بدرجة كبيرة في فهم ما يريدونه، ويميزون عنه عن طريق قياسهم بالسلوك المناسب (Everard, 1976).

وليس مثل هذه القياسات تظهر أهميتها في التعرف على الخصائص السلوكية والتربوية لأطفال التوحط حيث تشير في معظم فقراتها إلى المهارات والنشاطات التي يمكن ملاحظتها ومراقبتها أثناء قيام الطفل التوحط بها، وذلك يعني أن لديها حصيلة من المعلومات والملاحظات التي يمكن توظيفها بشكل عملي في وضع البرنامج العلاجي لسلوكي والتربوي الفردي المناسب للطفل، من خلال اعتماد أهداف طويلة المدى وقصيرة المدى لتوجيه العمل مع الطفل في البرنامج لتحصل به (البشة، 2001).

من خلال ما سبق فإنه يمكن القول بأن عملية التشخيص والتقييم الشاملة لجوانبها المختلفة (الطبية، والسلوكية، والتربوية) تساعد على توظيف المعلومات وتوجيه الجهود للتطوير لبرنامج علاجي مناسب للطفل، ويمكن من خلال تطبيق الأهداف المرجوة، وهذا يشير إلى أهمية عملية التشخيص وقدرتها على توجيه العمل في البرنامج.

ثالثاً: التشخيص التفريقي

عند العمل على تشخيص حالات التوحط فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الافتراضات المشابهة لحالات التوحط، وذلك بسبب التشابه في الأعراض والخصائص السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفال الذين لديهم إصابات أخرى مثل قصور الغدة، والإحالة الطبية، والمصابين بالإحالة الانفعالية (شدادة، حيث

أن مثل تلك الاضطرابات يمكن أن يظهر فيها الطفل نفس الخصائص أو بعضها بما يتشابه وأعراض التوحّد، والهدف الرئيسي من تلك العملية ليس إعطاء نسبة لسرع لاضطراب بشكّل أساسي، ولكن الأهم هو العمل على اختيار البرنامج السلوكي والتربوي المناسب لحالة الطفل، وبناء على الخصائص السلوكية والتربوية التي يظهرها، وكذلك القدرة على التنبؤ بطبيعة الاستجابات التي يمكن أن يظهرها الطفل، والمستقبل لحالته، حتى يتم التعامل بصورة أفضل بناء على وضع الأهداف المناسبة للطفل تبعاً لحالته.

وكذلك فإنه يمكن التطرق إلى مجالين في التشخيص التفريقي، أولهما التشخيص التفريقي لاضطراب التوحّد وما يسمى حالياً باضطراب طيف التوحّد (ASD) حيث أنه يتكون من خمسة أنماط أو أشكال يمكن أن يظهر فيه الاضطراب وهي:

- 1 التوحّد التقيدي (Autism) وهو ما يظهر لدى الأطفال في الثلاث سنوات لأول مرة ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي، والتواصل واللعب و سلوك
- 2 اضطراب ما يسمى (طيف التوحّد) ((Autism Spectrum Disorder (ASD) ويشمل على

• اضطراب النمو الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified) (PDD NOS) والذي يشمل على العديد من مظاهر التوحّد، ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاذة لكل جوانب الاضطراب، ولعل أهم الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال هي الجوانب الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، ومن جهة أخرى فإن هناك ضعف واضح في المهارات اللغوية وغير اللغوية.

• متلازمة ريت (Rett Syndrome): يكون النمو في البداية طبيعياً من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس، ويظهر بعد ذلك بطور في نمو الرأس بين (5-48 شهراً)، وفقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة مسموعة، وفقدان

للتربط الاجتماعي، وعدم السيطرة على حركات مثل المشي الصحيح، وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري يظهر لدى الإناث بعادة يكون بسبب الجينات، ويصاحبه مشكلات عصبية، وإعاقة حادة شديدة، وتدهور في الحالة بتقدم العمر

• متلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome) يكون لدى الطفل ضعف لرمي في التفاعل الاجتماعي، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية، وفي الحاد لا يوجد تأخر في اللغة أو التطور اللغوي أو مهارات العناية الذاتية، وتظهر المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل ويظهر الانفعالات مع الأقران.

• اضطراب الطفولة التحليلي (Childhood Disintegrative Disorder) عادة لا يظهر إلا بعد سنتين من عمر الطفل، بعدما يبدأ بفقدان المهارات الأساسية، وتصبح لديه حركات غير عادية، ويصاحبه مشكلة في اللغة الاستيعابية والتعبيرية، وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي، وعدم القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران، ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المتوقعة، ولدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار لنشاطات، ويصاحبه عادة تخلف عقلي شديد ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية (Dunlap, 1999) (Amaral, 1996)

وثانيهما اضطراب التوحد والاضطرابات المتشابهة، فقد أجريت العديد من الدراسات التي حاولت أن تشرح بين الأعراض التي تظهر لدى أطفال التوحد، وبعض الإعاقات مثل نقصان الطفولة والإعاقة العقلية والمصاب والإعاقات الإنفعالية الشديدة، وعلمت معظم الدراسات إلى وجود فروق في الخصائص والصفات التي يتميز بها أطفال التوحد عن أقرانهم الذين يعانون من بعض الاضطرابات

وبالنسبة للتوحد والمصاب، فقد وجد أن أمم ما يمر أطفال التوحد (من العمر الذي يظهر به الاضطراب) لأطفال التوحد يكون في الثلاث سنوات الأولى من العمر، بينما بالنسبة للمصاب التطوري فإنه يحدث بعد سن الخامسة (Spitzer, 1988)

بالنسبة للتوحد والإعاقة العقلية، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً على العديد من الجوانب التي تم دراستها، بالرغم من أن الأدبيات والأبحاث تشير إلى وجود نسبة حوالي (75٪) من أطفال التوحد يمتعون ضمن الإعاقة العقلية، وفذكر من هذه النتائج:

• أطفال التوحد لديهم بشكل عام مهارات اجتماعية أقل من الأطفال المتخلفين عقلياً، مثل القدرة على التمتع من المظاهر والأفعالات في المواقف التي تتطلب إظهار للتعبيرات والأفعالات. (Yirmiya, 1988).

• أطفال التوحد لديهم مشكلات في التواصل وتطور الكلام واللغة أكثر من لأطفال المتخلفين عقلياً (Pond, 1986).

• لدى أطفال التوحد مهارات حركية وحسية ولغة أفضل في بعض الجوانب مثل الموسيقى والرياضيات أكثر من الأطفال المتخلفين عقلياً (Tham, 1989).

ونناء على ذلك فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الرئيسية التي يمكن من خلالها الوصول إلى التقييم المناسب والتشخيص الصحيح لحالات التوحد، وعدم الاستمجال في إصدار الأحكام النهائية على الطفل من دون التأكد من طبيعة الاضطراب الموجود لديه فعلاً.

وبناءً، التشخيص التكاملي

إن عملية التشخيص عملية صعبة ومعقدة تشتمل أكثر من جانب واحد وبخاصة إلى العديد من الاختصاصيين للقيام بهذا ولعل ذلك يساعد بشكل مباشر على الوصول إلى التشخيص الدقيق من جهة، ومن جهة أخرى فإنه يسمح لنا أن نعرف على طبيعة المصالح السلوكية والانثوية والشخصية التي ينعكس بها الطفل التوحدي لعل الشروع في إعداد البرامج السلوكية والانثوية التي سوف يتم العمل بها معه.

حيث يساعد ذلك الإجراء على اختيار البرامج السلوكية والانثوية المناسبة لحالة الطفل، فهذهما نقطتان القدر الأكبر من الاستفادة بالنسبة للطفل التوحدي والمتخصصين العاملين معه وكذلك الأسرة.

والوصول إلى تلك لا بد من قيام فريق متعدد التخصصات بعملية التشخيص، وذلك بدءاً من مرحلة التشخيص التي يمر بها الطفل والتي تتضمن مذبذبة الأسرة والأشخاص المقربين أو المجتمع بقرية الطفل، مروراً بمنزلة الرافدة وملاحظة سير المباشرة والمباشرة، ومن ثم التطبيق لبعض القوائم والمقاييس المناسبة لحالة الطفل، وبناء على طبيعة الخصائص والسمات التي تظهرها الطفل.

لذلك يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص (طبيب أطفال/ الأعصاب/ الطبيب النفسي/ الخ) والأخصائي النفسي، والأخصائي التربية الخاصة، والأخصائي الاجتماعي، والمعالج الوظيفي، ومعلم التربية الخاصة، وأخصائي النطق واللغة، والأسرة الخ، ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة الطفل التوحدي.

البرامج العلاجية

هناك العديد من البرامج العلاجية التي تم تطويرها للعمل مع أطفال التوحد، وكما تم الإشارة فإن هناك عدد من البرامج العلاجية في مجالات مختلفة يمكن التحدث عنها ومنها ما يختص بالعلاج الطبي والبيولوجي، ويستند إلى هذا الجانب إلى وجود أساليب عضوية محتملة يمكن أن تكون سبباً للاضطراب، ومنها ما يعتمد على استشارة أطباء نفس الأطفال التوحديين، ومنها ما يتركز إلى الجوانب السلوكية والتربوية كأساس يتم من خلاله تقديم البرامج العلاجية.

• المنهج الطبي والجسمي

ولقد يهتم بالفئات الطبي والجسمي فإنه إلى الآن لم تجد الدراسات التي أجريت بهذا الصدد تأكيداً على نجاح استخدام مع كل الأطفال الذين تم تعريفهم لبعض أنواع العلاج الطبي، مثل هرمون السكرتين (Secretin) والفيتامينات (B6, Magnesium) وغيرها بالرغم من ظهور تحسن في مستوى أداء بعض الأطفال المتوحدين الذين تناولوا جرعات من الأدوية (Hughdale, 2001) (Pfeiffer, 1995).

ومع ذلك فإنه لا بد من القول بأن مثل هذه العلاجات يمكن أن تساعد في بعض الحالات، ولكن يجب أن تقرر وترتبط بشكل مباشر مع البرامج السلوكية والتربوية الخاصة بالأطفال التوحّد.

وكذلك قد ظهرت العديد من الأبحاث التي حاولت أن تبين بأن هناك خللاً عضوياً في عمليات الأيض كما أشار بولي شاتوك (Paul Shattock, 1997) ودافاله بأن أساس اضطراب التوحّد أبيض (Autism as metabolic disorder) وحسب وجهة النظر هذه فإن التوحّد يحدث نتيجة تأثير الببتايد (Peptide) وهي مادة تشبهاً من البروتينات نتيجة الخضم وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء العملية الأيضية لبعض أصناف الطعام، وتحديداً لحامدة الجلوتامين (Glutamine) وهو بروتين من النسيج ومشتقاته والكيسين (Casein) وهو بروتين الحليب ومشتقاته ويعمل ذلك على تحفيز لتفعيل العصبي حيث يؤثر ذلك على الجهاز العصبي المركزي ويحدث اضطراب في وظائفه مما ينتج عنه عدا من الاضطرابات المعرفية والتواصلية والاجتماعية وفي النهاية المعصية

• النمى الحسى (التكامل الحسى)

وفي المقابل فإن هناك أيضاً العديد من الأساليب والطرق العلاجية والتي لا يمكن رسمها بأنها عملية وتستند إلى ثولبت عديدة في العمل مع أطفال التوحّد، ولكنها لغت اعتماداً واستمساناً مع بعض الباحثين والعاملين في المجال مثل العلاج بالتكامل الحسى (Sensory Integration Therapy) والعلاج الحسى حركي (Sensory-Motor Therapy) (Catherine, 1996).

وتعتبر مثل هذه الطرق غير رسمية ولا يمكن الاعتماد عليها بشكل مباشر في وضع البرامج العلاجية التربوية والسلوكية لدى أطفال التوحّد، وهي بحاجة إلى العديد من الخصائص لدى الطفل التوحدي قبل بداية تطبيقها، مثل الالتزام، التواصل، القدرة على استغلال اللغة وعادة مثل هذه المصحات لا تكون موجودة لدى معظم الأطفال التوحدين في بداية تطبيق البرنامج

• المبنى السلوكي والتربوي

أما فهد يعتمد بالبرامج العلاجية السلوكية والتربوية التي يمكن وضعها بأنها عملية ودرسية يمكن استخدامها مع أطفال التوحد بعض النظر عن مستوى الأداء الحالي للطفل في الجوانب السلوكية والتربوية المختلفة، ومن هذه البرامج:

أولاً: برنامج المهارات السلوكية والتربوية للأطفال التوحدين

Treatment and Education Of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH).

ويشتمل هذا البرنامج على جانبين وهما:

1. اجانب التربوي وتضمن أبعاد متنوعة مثل (التقليد، الإبراز، المهارات الحسية، المهارات الحس حركية الدقيقة، التآزر بين العين واليد، المهارات الحركية المنطقية،
- 2 اجانب السلوكي (الاعتماد على الذات، المهارات الاجتماعية السلوكيات، السية)

ويلاحظ على هذا البرنامج شموليته وتغطيته للعديد من الجوانب الحياتية والنشاطات والمهارات الحركية والاجتماعية. ألح، من خلال الفقرات التي تستند كذلك إلى التطور النمائي في مجملها، والتي تساعد الطفل التوحدي على تحسين نقاط الضعف لديه بشكل متسلسل ومنظم، مما يساعده على الاحتفاظ بالمهارات التي يكتسبها بطريقة أفضل

كذلك فإنه يمكن أن يتم تطبيق الفقرات في البرنامج العلاجي التربوي والسلوكي الفردي للطفل التوحدي، والاعتماد على فوائده في اختبار أهداف العامة والتعليمية التي سوف يتم العمل بها مع الطفل ضمن البرنامج اليومي له

ثانياً: برنامج تعديل السلوك والتحليل السلوكي التطبيقي

Behavior Modification Applied Behavior Analysis (Catherine,1996)

لقد ركزت العديد من الدراسات والأبحاث على أهمية استخدام إجراءات تعديل السلوك وتناسبها مع الموقف التعليمية وذلك للأسباب التالية.

- أنها ذات طابع تطبيقي، حيث تركز على حاجات الأطفال التعليمية وخاصة نشاط الصف والقدرة التي يتم ملاحظتها على الطفل
- وهي تعتمد على أسس موضوعية وليست على التطبيقات أو تفسيرات داخلية وذلك بإزيد من فعاليتها.
- وتشترك الأسرة في عملية العلاج والتدخل.
- وهي تعتمد كذلك على مبادئ وأسس التعلم.
- وهي الصمد الميداني فقد تم إثبات فعاليتها في تعليم أطفال التوحد عدد من السلوكيات التكيفية في المجتمع الذي يعيشون فيه (Dunlap, 1979) (المعش والمعاينة، 2007)

وفيما يلي بعض الطرق التي يمكن من خلالها زيادة وتطوير المهارات السلوكية والذوقية لدى أطفال التوحد من خلال تعديل السلوك.

أولاً التعزيز

وعكس تعرضه على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى مزاج إيجابي أو إلى مزاج سلبي، والذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة وبناء على ذلك فإن هناك نوعين من التعزيز الأول، إيجابي والثاني سبي، واحدة ما يتم استخدام التعزيز الإيجابي في للوقوف التعليمية استغلة نلظمن (DeIcon, 2001) وكذلك فإن هناك أشكالاً للتعزيز منها المادية والرمزية والاجتماعية والنشائية وهناك طرق لاختبار المعزرات الخاصة لكل طفل سواء من طريق الآخرين أو ملاحظة الطفل نفسه.

ولا بد عند استخدام التعزيز الأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز مثل نوعية التعزيز، والوقت، وكميته، ومستوى الحرمان، والإسراع لدى الطفل، ودرجة صعوبة السلوك، والتنوع في استخدام التعزيز، ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في البيئة.

ومن ناحية أخرى فإنه لا بد من مراعاة جداول التعزيز التي يتم استخدامها مع الطفل رعاية المخططة حيث أثبت أنها فعالة أكثر من جداول الفترة الزمنية «مفيدة» ضمن جداول المخططة.

مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية استخدام مثل هذه الجداول بناء على طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي، وكذلك الفترات التي يتجنب بها، ومن ناحية أخرى مراعاة نوعية المهارة التي يتم تدريب عليها ومستوى درجة الصعوبة فيها، فعلى سبيل المثال فإن المهارات الاجتماعية التي يمكن تدريب الطفل التوحدي عليها يجب أن تكون بسيطة، ويمكن تعلمها وممارستها بسهولة حتى ضمن استمرارية الإستجابة لدى الطفل التوحدي، مثل أن يتم تعزيزه على البقاء جنباً عن صهرونه لفترة زمنية يتم زيادتها بشكل تدريجي حتى يتم تحقيق المدة الزمنية المطلوبة في لحظة تعزيزه للطفل التوحدي.

ولمجرد الإشارة إلى أهمية استخدام إجراءات التعزيز لتفاضلي للسلوكيات لأخرى، وكذلك للسلوك «القيصري» والتعاضد التوحيدي، والتي يمكن من خلال التركيز على السلوكيات الإيجابية وتدريبها أكثر من السلوكيات السلبية، وذلك يعطي فرصة أكبر للطفل لأن يسلط طريقته المناسبة ويساعد على إتقان المهارات السلوكية والمربوة.

ثانياً التلقين والإيماء

وهو إجراء يشمل على استخدام مؤقت لثيرات تحفيزية إضافية بهدف زيادة احتمال تأدية الفرد للسلوك المستهدف، حيث أنه يتضمن حدث الفرد على أن يسلط عن امره ومنه والتقليد له بأنه سيمرر.

حيث لا بد من العمل على إلقاء التلقين بشكل تدريجي (الإزالة التدريجية) بهدف مساعدة الفرد على تأدية المهارة باستقلالية، وهناك أنواع لتلقين التلقين، الإيمائي والجسدي، ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار أنه هذا الإجراء لا يمكن استخدامه مع كل أطفال التوحيد، وكذلك لا بد من اختيار نوع التلقين حسب قدرة الطفل التوحدي وطبيعة المشكلات السلوكية التي يعاني منها، ولتوضيح مطلب من الطفل

التوحيدي مواءملاً اجتماعياً من الفدوجة البسطة، مثل أن تدرب الطفل التوحيدي على الاستجابة لاسمه في حال الحاجة إليه.

ثالثاً: التسلسل

وهو لإجراء الذي من خلال مساعد الفرد على تأدية سلسلة سلوكية بتعززه عند قيامه بمجموعة الحركات التي تتكون منها السلسلة على نحو متتال، ويري ذلك واضحاً فيما يتعلق بطريقة تحليل المهارة في المخططة التصليمية الفردية، فهناك إجراءات متسلسلة (أهداف فرعية) من خلالها يمكن الانتقال من الهدف الفرعي الأول إلى الثاني فالثالث حتى الوصول إلى الهدف الأخير الذي يمكن وصفه بأنه الهدف التصميمي العردي الذي وضع للطفل.

يمكن تعليم الطفل التوحيدي على أخذ أو إعطاء الأشياء (المكعبات) مثلاً للمعلم من بداية المكعب الأول حتى يصل إلى المكعب الأخير ويتشكل تسلسل من مسك المكعب وإعطائه للمعلم وانتظار وضعه في العلبة ثم التفتي، وانتقل إلى المكعب الأخير، بهدف تعليم الطفل التوحيدي الاستجابة للأوامر والتفاعل بصورة بسيطة مع الآخرين من حوله.

رابعاً: النمذجة

ويعرف على أنها التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين، ويعتقد على هذا الإجراء مصميات مثل التعلم بالملاحظة، لتعلم الاجتماعي، التقليد.... الخ.

والنمذجة إما أن تكون ضمنية أو موجهة وعظمة نحو هدف معين حيث يمكن أن يكتسب الطفل من خلال هذا الإجراء سلوكيات جديدة، أو أن يقل أو يزيد سلوكيات موجودة لديه أصلاً.

وهناك أنواع للنمذجة الملمة، المصورة، والنمذجة من خلال المشاركة، وكذلك فإن هناك جوانب تزيد من فعالية النمذجة أهمها (انتباه الملاحظ للنموذج، وداعية الملاحظ، والقدرة على تقليد الملاحظ النموذج من قبل الملاحظ، وقدره الملاحظ على الاستمرارية في تأدية السلوك بعد اكتسابه).

وبالنظر إلى الخلق التوحد، وفعالية استخدام مثل هذا الإجراء، فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار عدداً من الخصائص والصفات الموجودة لدى أطفال التوحد والتي قد تساعد أو لا تساعد على استخدام هذا الإجراء مثل، مدى فهم الطفل لملاحظة الآخرين، وجوده ضمن مجموعة. نوع التواصل الموجود لديه مثلاً مع الكبار الآخرين، القلماز... الخ، قدرته على تقييم الاستجابات حيث أن مثل هذه العوامل يجب أن تراعى عند استخدامه لإكساب الطفل التوحدي بعض السلوكيات الاجتماعية الإيجابية، مثلاً يمكن أن تستخدم هذا الإجراء لتعليم الطفل اللعب مع أطفال آخرين بالكرة) وهي وصف الكرة) ثم تعليم تعزيز بتعصب مع رغبات وحاجات الطفل التوحدي.

خاصةً، التشكيل

وهو الإجراء الذي يتضمن على تعزيز الإيجابي المنتظم للاستجابات التي تقرب تدريجياً من السلوك النهائي بهدف إحداث سلوك غير موجود.

ويعرض هذا الإجراء وجود سلوكيات لدى الطفل، وبأني دور الأحصائي في حيار وانتقاء السلوكيات القوية من السلوك المراد تعليمه حتى يصل إلى تحقيق الهدف المطلوب.

والاستخدام الفعال لسلوك التشكيل يتم من خلال:

1. تحديد وتعزيز السلوك المستهدف.
2. تحديد وتعزيز معززات فعالة.
3. اختيار معززات فعالة.
4. استمرارية تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معززاً بدوره مرغماً.
5. الانتقال التدريجي من مستوى إلى آخر (Poul, 1995).

تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis

ويختبر إجراء تحليل السلوك التطبيقي (ABC) أحد الأساليب الفعالة والتي يمكن استخدامها مع أطفال التوحد في تعليم المهارات الاستقلالية والاجتماعية

والمعرفة والإدراكية والحركية وكذلك المشكلات السلوكية التي تظهر لدى أطفال الفرح.

وليس ما يمر تحليل السلوك التطبيقي إنه إجراء يعتمد على تعديل السلوك وفهمه والعمل على تغييره ضمن إجراءات منظمة تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف التعليمية التي يتم وضعها للطفل بناء على ملاحظات موضوعية يتم جمعها من الطفل ولاستناداً منها في تطبيق الإجراء (Paul, 1995).

لقد طور لوفاس (Lovaas, 1973)، إجراءات مخصصة في تعديل السلوك ومعالجة أطفال الفرح، حيث احتسنت إجراءات المعالجة على عدد من البدائل البديلة والفعاية ومنها:

1. تقديم معززات أولية كالطعام.
2. تقديم معززات إستراتيجية مثل إبعاد النظر عن الطفل عندما يقوم بالسلوك غير المرغوب فيه.
3. تعزيز السلوكيات التي تتعارض مع السلوكيات غير المرغوبة.
4. العمل على نمذجة السلوك الملائم ونصوصها اللفظية (Oleary & Wilson, 1975).

وقد أشار لوفاس (Lovaas) إلى أهمية اشتراك الوالدين في عملية تدريب الطفل، حيث أن استمرارية حدوث السلوك لدى الأطفال التوحيدين والذين تعرضوا والديهم إلى دورات تدريبية يتم من خلالها تعلم الوالدين إجراءات تطبيق البرنامج مع الطفل التوحدي. كانت أكثر من الآباء والأمهات الذين لم يتلقوا التدريب المناسب (Wing, 1976).

ومن جهة أخرى فإن تحليل السلوك التطبيقي، يقوم على تمهيد المهارات إلى أجزاء (أهداف فرعية) ويتم تدريب الطفل عليها إلى أن يتقن كل هدف فرعي، ومن ثم يتم الانتقال إلى أهداف التمرين التالي. وهكذا إلى أن يصل الطفل إلى إتقان المهارة (الهدف النهائي) بشكل كلي.

وحيث أن تحليل السلوك التطبيقي هو أحد إجراءات تعديل السلوك، فإنه لا بد في البداية من ملاحظة السلوك المستهدف والذي يراد تغييره لدى الطفل، وكذلك

قيامه بالمستوى العالي الموجود فيه، وتحليله إلى أجزاء حتى يسهل التماس معه، وتوجيه التدريب لتحقيق الهدف بشكل مباشر، ثم يتم اختيار الإجراء السلوكي المناسب لتمثيل السلوك، ويأتي بعد ذلك أعباء متتابعة الملاحظة وجمع الملاحظات عن التغيير الذي طرأ على سلوك الطفل، ويتم تسجيل هذا التغيير بتمثيل بياني بين الفرق في مستوى الأداء في بداية التدريب والاختتام منه. (القماش والمعلمة، 2007)

البرنامج التربوي الفردي

ومن جهة أخرى فإنه لا بد من توجيه البرامج العلاجية السلوكية والتربوية إلى برنامج تربوي فردي، حيث أن ذلك يعتبر واحداً من الأسس الهامة للعمل مع الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم ذوي احتياجات خاصة، وأن كل طفل يختلف بخصوص سلوكية وتربوية تختلف عن الطفل الآخر.

وبناء عليه فإنه لا بد من العمل على وضع برنامج تربوي للطفل التوحدي يمس تحديد الأهداف التعليمية الخاصة في ضوء احتياجاته وتدرجت كل طفل على حدة، حيث أنه بداية يجب مراعاة الحاجات التي توضح لأطفال التوحد وأن تكون مناسبة لطبيعته الخاصة والصفات السلوكية والتربوية التي تم ملاحظتها سابقاً قبل العمل على إعداد البرنامج الفردي والعمل به، ويمكن التطرق بالنسبة لمسهاج إلى النقاط التالية:

ممارسات في بناء المنهاج للأطفال التوحديين

تعتبر عملية إعداد منهاج خاص بالأطفال التوحديين قضية خلافية، ومثيرة للجدل بين الاختصاصيين والتربويين، حيث يلجأ بعضهم إلى إعداد منهاج بناءً على نماذج للأطفال العاديين، ويقول آخرون بأن تطويرهم غير عادي وهم بحاجة إلى منهاج خاص، ويرى البعض بأن المهارات الوظيفية والتكيفية التي يتم تعليمها في ظروف عادية هي الأساس في بناء منهاج للأطفال التوحديين.

وتجدر الإشارة إلى أنه قد وجد أن الأطفال التوحديين يتعلمون أفضل عندما يتم تقديم المهارات أو الممارسات على شكل عناصر أو أجزاء صغيرة وبشكل متتابع حتى يتم الوصول إلى مرحلة الإتقان.

وتتباين المتابعات التعليمية الموضوعة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبشكل عام في جوانب أهمها (المدى العمري، الإحاطة، الجانب النفسي، الأسس النظرية، طريقة أو أسلوب استخدام المواد) ومن ناحية أخرى فإن الجانب الأساسي والمهم في اختيار المنهج الملائم هو المعرفة والإلمام بالجوانب الرئيسية التالية

- حاجات ومقتضيات الطفل: فلا بد من مراعاة خصوصية اضطراب التوحد عند بناء المنهج، ولأخذ بعين الاعتبار نقاط مثل (تحديد المرحلة العمرية التي ظهر فيها الاضطراب، فئات مهارات التعلم الاجتماعية، وكذلك المهارات اللغوية، المشكلات الحسية المختلفة المصاحبة للشكالات السلوكية والروئية والعوامل الغير عادي مع لأشياء)، حيث أنها تلعب دوراً كبيراً في تحديد جوانب وأولويات في اختيار لأهداف والمبرمج العلاجي التي تناسب طبيعة الخصائص السلوكية والتربوية

الكادر الوظيفي: يحتاج الأطفال التوحدين لتعلم مختلف المهارات الأساسية، ويكون ذلك عن طريق التدريب الفردي (واحد لواحد) أو اثنين لواحد، بهدف تركيز الجهود المبذولة مع الطفل التوحدي للتعامل بشكل أفضل مع بيئة الحياة، وسر الخط فإنه من الصعب توقع أعداد كبيرة من المعلمين والاختصاصيين لعمل بشكل مستمر، لذا فإنه لا بد من إيجاد بدائل يمكن أن تساعد في عملية التدريب، كالتجول إلى تقسيم العمل على فريق متعدد التخصصات، والاستعانة ببعض المتطوعين.

- التخطيط الإداري: وهناك بعض الإجراءات والعناصر التي يجب أن تراعى عند التخطيط وبناء المنهج، ويمكن الإشارة إلى عناصر مثل (نوع الخدمة المقدمة، مستوى برنامج يومي، تحديد عدد ساعات الدوام في اليوم، الإشراف، التدريب أثناء الخدمة لمعلمين، مراقبة البرامج واستمراريتها، التقييم الدورية) (Sheila, 1999) (الطفل، ..، 1999)

محتويات (مكونات) المنهج للطفل التوحدي

- السلوك الغير تكيفي. ونعني بذلك أنماط السلوك الشاذة التي يظهرها الطفل التوحدي.
 - مهارات الانتباه: والقبضة على التركيز ومتابع الاستجابة للمهارات، وإنهاء المهمات المطلوبة من الطفل.
 - المهارات اللغوية مثل اللغة الإستعملية، واللغة التصيرية، وصياغة المفهوم.
 - المهارات الحركية مثل (المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة).
 - المهارات الاجتماعية (والتي تبدأ من مشاهدة الآخرين، ووصولاً بالبناء معهم، والتفاعل الإيجابي ضمن المجموعة).
 - مهارات الأكاديمية ومهارات ما قبل الأكاديمية. مثل التعرف على أحرف والأرقام المنح، ومهارات القراءة والكتابة والحساب.
 - مهارات الحياتية والتخفية، مثل المهارات الاستغالية والعناية بالذات، والتعامل مع متطلبات المجتمع وعاداته. المنح.
 - مهارات انفعالية والإدراكية. ويتعلم الطفل العمليات العقلية كالتمييز، والمطابقة، المنح.
 - المعلومات العامة. وهي المعرفة بالأشياء العامة والتي يتعامل معها المجتمع، مثل التعرف على الأماكن العامة وأرقام أرقام.
 - الأنماط السلوكية النموسية. وتدريب الطفل على أنماط سلوكية إيجابية مثل الوقوف في طابور، انتظار الدور، المنح.
 - التأهيل المهني، والتدريب على مهارات التهيئة المهنية والتشغيل المهني حسب قدرات الطفل وإستعداداته.
- أهمية البرنامج التربوي الفردي للطفل التوحدي
- 1 البرنامج التربوي الفردي يصل بمثلية وثيقة مكتوبة المخطط منها حشد الجهد الذي يبدؤها الاختصاصيين لتدريب الطفل وتعليمه.

2. يقدم البرنامج التربوي الفردي الضمانات الكافية لاشتراك أسرة الطفل في العملية التربوية الخاصة كأعضاء في الفريق.
3. يوجه البرنامج التربوي الفردي الاختصاصيين لأخذ بعض الاعتبار لإحتياجات المستفيدة الخوفاة من الطفل عن طريق التثقل بدرجة تحسن أداء الطفل من خلال الأهداف السبوية العامة
4. البرنامج التربوي الفردي يبين يوضح مسؤوليات كل اختصاصي فيما يتعلق بشمل الخدمات التربوية الخاصة
5. يركز البرنامج التربوي على أهمية استخدام الأساليب الفعالة والتلازمة لتدريب وتعليم الطفل
6. يقرض البرنامج التربوي الفردي تقديم الخدمة للطفل عنه وليس لفئة المشابهة له من حيث طبيعة الخصائص السلوكية والتربوية.
7. يبين البرنامج التربوي الفردي مدى ملائمة وفعالية الخدمات المقدمة للطفل (Furukawa, 1979)
8. عتبارات البرنامج الفردي.
 - وصف المستويات الحالية للأداء في التكيف الاجتماعي، المهارات الاستقلالية. المهارات النفس حركية، المهارات الأكاديمية. الخ
 - وصف الأهداف العامة (الستوية) التي يولد تحقيقها في نهاية للعام أو الفصل
 - وصف الأعمال قصيرة المدى (التعليمية) والتي تكون غاية للطلاب
 - وصف الخدمات الخاصة التي يحتاجها الطفل، مثل الخدمات التأهيلية والتربية ا مباشرة وغير مباشرة والخدمات المساندة. والوسائل والأدوات التعليمية والتدريبية
 - تحديد موعد البدء بتقديم الخدمات. ومدة تقديم تلك الخدمات
 - وصف إمكانات دمج الطفل وفروع الدمج (إذا أمكن) في البيئة العادية.

- تحديد المعايير الموضوعية والإجراءات التفصيلية، والجدول الزمني لتحديد مدى تحقيق الأهداف قصيرة المدى (الأهداف التعليمية).
- تقديم المبررات التي يتم من خلالها اختيار الأوضاع والأساليب التعليمية.
- تحديد الأشخاص المسؤولين عن تنفيذ البرامج التربوية والأنشطة والعديد.

الأبعاد الإدارية والتنظيمية للبرامج التربوية

- لا يقتصر تطوير البرنامج التربوي الفردي على إعطائي التربية الخاصة، وإنما يجب أن يشترك كافة الاختصاصيين في وضع البرامج كل في مجاله.
- لا بد من وجود منسق لإدارة العملية والإشراف عليها من قبل الاختصاصيين.
- التعامل مع البرامج التربوي الفردي كنقطة مؤقتة، حيث يجب أن يكون هناك إعادة تقييم بين فترة وأخرى.
- يجب التأكيد على الأبعاد النفسية في البرنامج كما يتم التركيز على باقي الأبعاد (عيد، 200).

مراحل إعداد لحظة التربية

أولاً: النظم (التقييم) وتكون الإشارة في هذه المرحلة إلى جرتين أساسيتين

1- تحديد مستوى الأداء الحالي:

- حيث يعتبر حجر الزاوية في عملية التربية الخاصة فهو ينشأ لنا من أين مسوف نبدأ
- يتطلب جمع معلومات لاكتشاف القرارات المتعلقة من خلال اختبارات وإجراء المقابلات والملاحظات.
- ويتم جمع المعلومات لتقرير مستوى الأداء الحالي عن طريق الكشف.
- التشخيص والتصنيف والاختيار الفرع المناسب.
- التخطيط والتعلم.
- تقييم تطور أداء الطفل

• تقم لمعالجة البرنامج وإعداد التقييم

وهناك بعض التوجهات الخاصة بالتقييم التربوي، النفسي في ميدان التربية الخاصة.

- اختيار الاختبارات وأدوات التقييم المناسبة التي تتطو من التحيز
- تطبيق الاختبارات بدقة المقصود من الطريقة التواصل التي يستخدمها
- اتباع الإختبار المستخدم بصدق المحتوى.
- تطبيق الاختبارات من خلال اختصاصيين مدربين على ذلك
- يجب أن تكشف الاختبارات حاجات تربية محددة
- تقييم الشامل من خلال اختصاصيين.

• يجب تقييم الطفل فردياً

تطوير وتصميم اختبارات متنوعة

التربوي على جمع المعلومات التي لها علاقة بالعملية التربوية

يجب تحليل استجابات الطفل على الاختبارات (البساطاني 1995)

2. تحديد الشواك للمعلم.

ويسم التركيز على الجوانب التي تؤثر في أداء الطفل في المواقف التعليمية مثل الانتباه، الذاكرة، أشكال وطرق التدريس

- ولا بد من اختيار الكميات المناسبة والأنشطة أو النشاط الذي يعمل على تنمية الطفل لهذه البرنامج

ثانياً: لأهداف للتربية والأهداف التعليمية.

1. الأهداف التربوية (العام، المستوى)

- ويمكن وصفها على أنها عبارة عن ترجمة المعلومات والبيانات التي تم جمعها من مجموعة من الأهداف التربوية

ومي وصعب لما يتوقع أن يكتسبه الطفل من مهارات ومعارف خلال فترة سنة أو فصل من يده تقديم الخدمات للطفل.

- ولتعتبر بمثابة أسئلة لا بد من الإجابة عليها. وتكون أساس في عملية بدء الخدمات مثل (ما هي الأهداف المهمة التي سوف نحاول تحقيقها؟/ هل هذه الأهداف ذات قيمة بالنسبة للطفل؟/ ماذا يحتاج الطفل أن يعرف ويعمل حتى يكون ناجحاً؟/).

- ويمكن الإشارة كذلك إلى أنه عكس اعتبار الفلسفة التربوية للثقة والمعلم مصبر ن أساسان لتحديد الأهداف العامة.

2 الأهداف التعليمية:

- تعتبر الأهداف التعليمية مرحلة من مراحل الخطة العام

والهدف التعليمي هو الهدف السلوكي المباشر الذي يتعلمه الطفل ويظه في نهاية موقف تعليمي أو نشاط معين.

ويمكن اعتبار أن مجموعة الأهداف التعليمية تشكل مخططاً تربوياً عاماً

والأهداف التعليمية هي السلوك النهائي أو الأداء المتوقع أن يحظه الطفل

ومصاحبة الأهداف التعليمية تكون وفق شروط محددة مثل (وجود اصياغة النغمة الواضحة والمحددة والتي تبدأ بـ عبارات إجرائية/ السلوك النهائي محدد وقابل للقياس والملاحظة/ شروط ومواصفات واضحة بتعليم الطفل السلوك، المكان، الشرط، الطرف... الخ/ يجب أن يكون هناك مقياس لقياس تحسن أداء الطفل).

قالاً: اختيار أساليب التدريس والوسائل والأنشطة التعليمية.

1 مراعاة اختيار الطرق والأساليب التي تتفق مع خصائص الطفل وحاجاته وميزه وقدراته وسرعته في التعلم وكذلك تكون مناسبة لطبيعة المشكلات التي يعاني منها.

2. أساليب التلميع يجب أن تتفق مع قدرات العقل وتؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة، ويكون ذلك من خلال الأنشطة التعليمية المختلفة التي يرضى عنها الطفل

3. تحديد مستوى الأداء الحالي يساعد على اختيار طريقة تدريس الطفل من حيث فهم طريقة الإستجابة ومستوى الدافعية لديه.

4. السلوك المدعوم الذي يتم تحديده لدى الطفل يثير الأسلوب والطريقة المناسبة التي يمكن إتباعها مع الطفل في التدريب (عيد، 2001) وبهذا يمكن تحديد أشكال الخدمات الأخرى المناسبة:

1. ويتم عادةً بناءً على تكامل الجوانب التي يغطيها البرنامج.
2. ويذكر أن يحتاج الطفل إلى خدمات صحية وعلية وتربية واجتماعية الخ. أو يحتاج إلى بعضها فقط بناءً على مستوى الأداء الحالي
3. تحديد الخدمات التي يحتاجها الطفل تعتبر أساساً حلاً قبيلاً تنفيذ البرنامج
4. كثير من البرامج التربوية يتوقف نجاحها على بعض الخدمات المناسبة، والتي تعتبر ضرورية مثل البرامج العلاجية الطبية والتربية.
5. هذه الخدمات المناسبة تعمل على تقدم مستوى أداء الطفل، وتساعد في تقييم البرامج العلاجية بشكل واضح.

ستتبع ما سبق أن البرنامج التربوي الفردي يعتبر حجر الزاوية والأساس الذي يمكن من خلاله توفير كل الجهود المبذولة مع الطفل التوحدي لتحقيق الأهداف المرجوة، ولا بد من التنظيم والتنسيق على كل المستويات وبين كل الاختصاصيين، فالبرنامج التربوي الفردي هو خطة عمل توجه أعضاء الفريق لتعليم الخدمات للطفل والانتقال بين المستوى الحالي إلى مستوى أفضل متوقع منه

وكذلك لا بد من النظر إلى البرنامج التربوي الفردي بصورة شاملة فهو يحتوي على جوانب التربية والسلوكية المختلفة معاً، وكذلك فإن العمل به يتطلب وضع الأهداف السلوكية والتربوية جنباً إلى جنب، لأن الفصل بينهما لا يصب في إفراز جانب وإحاطة أهمية أكثر من الجانب الآخر، ولكن فقط لتوجيه الجهود وتوزيع

لاهور، مع الأخذ بعين الاعتبار إن المشكلات السلوكية وخصوصاً في حالات التوحد تكون واضحة بشكل أكبر، وبحاجة إلى تركيز أكثر عليها في بداية البرنامج ليتسنى لنا الانتقال إلى تحقيق الأهداف التربوية بشكل أفضل، ويترجمه مباشرة لنجهود المبذولة مع الطفل.

ولكني يتم تحقيق أكبر قدر من التحسن على أداء الطفل التوحدي لأنه لا بد من مراعاة بعض الجوانب الخاصة في عملية التعليم الموجه والمنظم، والتي يتم من خلاله العمل ضمن البرنامج التربوي.

وهناك ثلاثة عوامل عامة يجب أن يتم التخطيط والتنظيم لها من قبل البدء وإنشاء تطبيق البرامج وحتى قياس النتائج، وهذه العوامل هي:

أولاً: تنظيم البيئة المادية

يعتبر التصميم المادي للصف عندما تتم عملية التخطيط لتعلم الخبرات والمهارات لأطفال التوحد، حيث أن تنظيم الأثاث في الصف يطبق غرضه كبره لتوفير قدرات الأطفال التوحديين للتعامل مع القوانين والمفاهيم داخل الصف.

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات والمشكلات التي يطبقها أطفال التوحد لتعديل العملية التعليمية، حيث أن لدى العديد منهم مشكلات في التنظيم من مثل عدم معرفتهم بمكان وطريقة الحصول على الأشياء (الين/٩، وكيف/٩)، وذلك بسبب ضعف الذاكرة لديهم.

ومن ناحية أخرى فإن تنظيم البيئة الصفية يطبق لأطفال التوحد إشارات ودلائل مرئية سهلة الفهم لوجودات الصف، مع الأخذ بعين الاعتبار سهولة تلبية الانتباه لديهم لما حولهم من الكيفيات البصرية، وعليه فإن المعلم عليه أن ينظم ويهيئ بيئة خالية من المشتتات قدر الإمكان (Catherine, 1996).

وإذا كان بالإمكان أن تقوم باختيار الصف المناسب لأطفال التوحد فهناك عناصر أساسية لا بد من مراعاتها مثل: حجم الصف، الصفوف المتباعدة، الأثاث الموجودة في الصف، مدى توفر حمام قريب، الإضاءة، الحيطان، الأثاث الثابت ومناطق السير الناعمة (Schopler, 1995).

إن مراعاة توزيع الصف إلى مناطق للعمل يحترم طبيعة الغلب البصري الواضح للطفل الذي يجعله أكثر قدرة على التعامل مع تلك المناطق والعمود عليها ضمن البرنامج اليومي، وذلك يساعد في معرفة أماكن تواجد النشاطات وكيفية الوصول إليها بسهولة ولظام، ولتبدأ مع الفرصة لاختصار الوقت والتعليمات، ويعمل على تركيز انتباه الطفل والقدرة على استمرارية العمل.

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار في تنظيم الصف نقاط منها: عدم وجود منطقة تعمل بمناوب المرأة أو الشبان، وأن يكون الحائط خالٍ من بعض الأحيان، والطاولات أو الدرج الذي يجلس عليه الطفل التوحدي مناسب لحجمه وعمره، ويجب أن لا يكون مكان اللعب أو وقت الترافج بجانب المخرج للصف، والأدوات الموجودة داخل الصف يجب أن يعطى فرصة للطفل التوحدي لمعرفة الحدود والفواصل بين المناطق وبشكل واضح ومحدد وتناسب الأدوات الموجودة داخل الصف مع طبيعة المهارات المطلوبة، وفي حالة أن الطفل التوحدي لا توجد لديه مشكلات في التنظيم وهو قادر على التماس مع المناطق المختلفة في الصف بسهولة، فإنه يمكن أن تكون عملية التنظيم للأدوات والموجودات داخل الصف أقل وخاصة لدى أطفال التوحد ذوي القدرات الملم (Marche, 2003).

ثانياً الجدول

عندما يدخل الصف يمكن أن نرى طفلين في منطقة مهارات الحياة اليومية مع «مدرسة» مساعدة، وطفل يلعب على السيارة في منطقة اللعب، وطفل يتدرب على المهارات الاستقلالية، وآخر يهيئ للتدرب في منطقة العمل، وعدد آخر من الأطفال يعملون مع المعلمة ويمشي للوقت ويدق الجرس، تصاد بعض الأشياء إلى أماكنها، وتتحرك الكراسي، وتقلد بعض التعليمات ويعرض بعض الأطفال، ويتحرك كل واحد إلى منطقة جديدة في الغرفة، ويعادون العمل مرة أخرى.

من خلال الوصف السابق فإنه يمكن الإشارة إلى نظام معين يتحرك من خلاله الأطفال والمعلمون داخل الصف، ويتحكم بشكل مباشر في أماكن تواجد كل واحد منهم. والدور الذي يقومون به في فترة زمنية محددة، وهنا تظهر لدينا بعض التساؤلات

إمامة الخمسة تلك الحركة النشطة والموجهة لأحاديث معينة مثل كيف يعرف كل طفل أين يذهب؟ وماذا يفعل كي يعرف المعلم مسؤولية كل طفل؟ ماذا يتبع هؤلاء الأطفال؟ المعلم والمعلمات؟ حيث لا بد من إعداد ونهضة الفصل للنشاطات بشكل متكامل وواضح وثابت بهدف الإجابة على أسئلة مثل/ من؟ أين؟ ماذا؟ متى؟

ويعتبر الجدول من الأجزاء الرئيسية في الصف، ويشكل جانباً أساسياً لتنظيم داخل الصف، ويسبب وجود العديد من المشكلات المرتبطة بتتبع المذاكرة وتنظيم الوقت لدى أطفال التوحد والضعف في الجوانب اللفظية والذي ينتج عنه عدم فهم ما هو مطلوب من أطفال التوحد الفهم به في الصف فإن هناك ضرورة ملحة لوجود البرنامج

وساعد الجدول على تعهده وقت قليله والانتهاء من المهارات المعطاة لكل طفل في اليوم، ويقلل من حالات التوتر والقلق لدى أطفال التوحد بسبب عدم معرفتهم بالخطوة القادمة (ماذا سوف يحدث بعد ذلك)، وجعلهم أكثر قدرة على التحول و الانتقال بينهم من نشاط إلى آخر وأيسر يتم النشاط (Lynn,1999) ويعمل الجدول كذلك بمثابة معزز يحد في بعض أجزائه عتداً يطلع أطفال التوحد على جدول كذب ويساعد ذلك في إنجاز بعض المهارات الصعبة والانتهاء منها لوجود نشاطات معينة ومحددة بعد ذلك للجدول

ويمكن الإشارة بالنسبة للجدول المطبقة والمصنوع بها داخل صفوف أطفال التوحد إلى نوعين من الجداول. الجدول العام. ويشتمل الجدول العام على الأحداث والنشاطات العامة في الصف فهو يشتمل على أوقات الفصل، الاستراحة، تناول الوجبات الخفيفة، والجدول العام يجعلنا أكثر قدرة على ملاحظة متى يحصل الطفل ومتى يفهم نشاط آخر مطلوب منه، ويطلعا على الأنشطة التي سوف يقوم بها أطفال التوحد أسبوعياً، وبشكل عام، ومعرفة ماذا يتوقع التعديب عليه وكذلك الرحلات أو التظاهرات الاجتماعية، وعادة ما يشتمل الجدول على أحداث وسنشاطات كثيرة من وصول الطفل إلى الصف وما يعمه خلال ساعات الصباح، ويجب وضع الجدول العام مكان يمكن للجميع أن يروه وبشكل واضح وأكبر، ويمكن أن يستخدمه أثناء اليوم الدراسي

أما بالنسبة لشكل الجدول العام فيمكن أن يكون الجدول مكتوباً، ولكن ليس مع كل الأطفال، حيث أنه لا يعتبر مناسباً في بعض الحالات مثل الحالات المتوسطة والشديدة. بشكل خاص في بداية التدريب، وبمكس إن يكون من طريق الصور والرسوم التي تعبر عن النشاطات مثل صورة للدرج أو الطاولة تستخدم في حصة العمل حيث يمكن استخدام جدول الصور من الأعلى إلى الأسفل، أو من اليمين إلى اليسار، ويكون عادة على لوحة كبيرة.

والنوع الثاني من الجداول هو الجدول الفردي، ولجعل أطفال التوحد أكثر قدرة على فهم ما سوف يفعلون خلال قائمة النشاطات في الجدول العام، فإس يتم عادة استخدام جداول فردية خاصة بكل فرد توحد، وذلك مثل الجزئية الخاصة بنوع مهارات في الصف، نفس الوقت، ولضمان فعالية الجدول الفردي الخاص بالطفل التوحدي فإنه لا بد من مراعاة ظروف مثل عمر الطفل التوحدي ومدى مناسبة النشاطات الصعبة، ومستوى أداء الطفل التوحدي، ومستوى ثبات الأداء لدى الطفل التوحدي، والتعزير المستخدم، والتخير في النشاطات التي يحتاجها (Lynn, 1999).

وتحت عملية التوجيه للجدول الفردي مستويين الأول وهو المتعلق بتوجيه وإدارة المعلم للجدول بشكل كلي، والمستوى الثاني يعتمد على الطفل نفسه في فعالية حصوله من خلال أسلوب التوجيه الفلاني، ومثال على ذلك عندما ينتهي الطفل ولعلم من النشاط الذي يليه كنوع من التعزير الإيجابي، فيقوم الطفل بالتوجه إلى نشاط الذي يليه بناء على الجوء الموجود لديه، أو يمكن أن يستخدم هذا الجوء للدلالة على نوع الوسيلة التي يجب أن يضرها الطفل، ومن ثم التوجه إلى طاولة التدريب (Shalla, 1999).

ثالثاً: طرق التعليم

يعتبر الوضع التعليمي الذي يتلقى فيه الطفل التوحدي للمهارات والنشاطات اليومية المطلوبة منه هام وضروري، حيث أن استخدام التوجيهات والبحث والتعزير بطريقة متباعدة ومتوحد مناسب يساعد ويشكل فعال على نجاح تعليم الخبرات لدى

أطفال التوحّد، مما يجعل التعليم سهلاً ومقبولاً لديهم، ويساعد كذلك في السيطرة على الاضطراب ورفض التنمر، والاضطراب في الدافعية.

ومن الطرق التي يمكن من خلالها أن نصل إلى نتائج فعالة من أمثاليب التعلم والتي تساعد على اكتساب المهارد والأنشطة المتنوعة لأطفال التوحّد، وبطريقة إيجابية للطفل، التلميحات اللفظية والغير لفظية والتي تصف عادة بأنّها موجهة وبسيطة ويستطيع الطفل التوحدي أن يفهمها بناء على الخصائص السلوكية والتربوية التي يتصف بها، والتي تساعد على تنظيم وتسهيل عملية التواصل، والتّردّد بأداء المهارات والثباتات المطلوبة منه، ويتم عادة استخدام بعض الكلمات أو الجمل البسيطة، وكذلك بعض الرسوم والصور والأدوات لتدلل على نوع التعليمات المستخدمة أثناء التحريّب (Schopler, 1995) (Lynn, 1999).

وكذلك فإنّ أبحاث الحثّ والمساعدة التي تقدم للطفل التوحدي أثناء العمل معه في المهارات المختلفة تساعد بشكل كبير على تسهيل عملية التدريس، ومن طرق لمساعدة المتقدمة يمكن الإشارة إلى: المساعدة اللفظية، والمساعدة اللفظية، والمساعدة البصرية، وتعمل أشكالاً متعددة منها (التلميحات المكتوبة، البطاقات المتنوعة، كتابة بعض الكلمات بخط كبير، تضليل أو تعميق الكلمة المطلوبة لجذب انتباه الطفل الخ) والمساعدة الإيمائية، والمساعدة اللمسية (التي تعتمد على موقف) (Schopler, 1995).

وحتى يتم تفعيل المساعدة وضمان استجابة الطفل لما قلناه يجب على المعلم أن يكون منظمًا في تقديم المساعدة ويجب أن تكون المساعدة واضحة وثابتة وموجهة مباشرة للطفل قبل أن تكون إستجابه غير صحيحة يجب على المعلم أن يكون واعياً بالنسبة لتقديم المساعدة والإشارات للطفل، بحيث لا يعتمد الطفل على إشارات المعلم لإكمال المهارة كلها.

ومن ناحية أخرى فإن لدى أطفال التوحّد نقص في الدافعية للتعلم، فليس لديهم الرغبة في العمل والانتقال من مستوى إلى آخر بسبب طبيعة الخصائص السلوكية لديهم وخاصة في الجانب الاجتماعي، وحتى يتم تمريضهم على العمل

والانتهاء من المهارات أو النشاطات المطلوبة منهم أثناء البرنامج اليومي فإنه لا بد من استخدام التعزيز، وهناك نوعان من التعزيز الأول إيجابي والثاني سلبي. وعادة ما يتم استخدام التعزيز الإيجابي في المواقف التعليمية المختلفة للطفل. (Deleon, 2001).

وكذلك هناك هناك أشكالاً للتعزيز منها المادية والرمزية، والاجتماعية والنشاطية، وهناك طرق لاختيار الممرات المناسبة لكل طفل سواء عن طريق الآخرين أو ملاحظة الطفل نفسه، ومن ناحية أخرى فلا بد عند استخدام التعزيز الأخلاقي من الاهتمام بالعوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز مثل فورية التعزيز، وإظهاره، وكميته، ومستوى الممرات، والإشباع لدى الطفل، ودرجة صعوبة الممرات. وللتوسع في استخدام التعزيز ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في البيئة ومرونة استخدامه جدول التعزيز التي يتم استخدامها مع الطفل وخاصة المقطع حيث أثبتت أنها فعالة أكثر من جدول التعزيز المتواصل، وخاصة جدول العبرة الزمنية الصغيرة فمن الجدول المنقطع، مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية استخدام مثل هذه الجدول بناء على طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي، وكذلك القدرات التي يتسع بها، ومن ناحية أخرى مراعاة نوعية المهارة التي يتم التدرب عليها ومستوى درجة صعوبة فيها.

ولنجد الإشارة إلى أهمية استخدام إجراءات التعزيز السلبي للسلوكيات لأخرى. وكذلك للسلوك التقيض، والتفصل التدريجي الذي يمكن من خلالها التمييز على السلوكيات الإيجابية وتدعيمها أكثر من السلوكيات السلبية، وذلك يعطي فرصة أكبر للطفل لأن يملك بطريقة مناسبة ويساعد على إضفاء المهارات السلوكية والتربوية.

كما سبق يمكن القول بأن البرنامج العلاجي السلوكي والتربوي الذي يتم العمل بها جانباً مع أطفال التوحد يمكن الإشارة إليها على أنها من أفضل الطرق وأساليب للتغلب مع الكثير من حالات التوحد بسببه وشرح الأهداف والإجراءات المتبعة، واعتمادها بشكل مباشر على الملاحظة، ومرونتها بالمتغير من المراحل التي تتصف بالتخطيط والتخطيط المسبق والإعداد للبرامج السلوكية والتربوية بناءً على الخصائص والسمات التي يسم بها كل طفل، وبناء على بناء البرنامج التربوي والفردى للطفل التوحدي، وذلك يجعلها أكثر فعالية سواء أثناء التطبيق أو الحصول على النتائج.

متلازمة داون Down Syndrome

متلازمة داون عبارة عن طفرة خلقي مركب شائع في الكروموسوم 21 نتيجة اختلال في انقسام الخلية ويكون مصاحب لتحطيم خلقي. وقد تم التعرف عليه لأول مرة 1966 من طريق الطبيب جون لانجهدون دارن (John Langdon Down).

فالشخص المصاب بمتلازمة داون لديه 47 كروموسوماً بدلاً من 46 ويكون هذا الكروموسوم الثالث متضاعفاً مع زوج الكروموسومات 21 بحيث يصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً وهو ما يعرف بطفرة الكروموسومات من حيث المبدأ ويسمى ثلاثية الكروموسومات Trisomy أو الانقسام الثلاثي. (السرطاني والصمادي، 998 (300)

يستشر متلازمة داون في 1 1800 من المواليد الأحياء وترتبط بشكل قوي بالتأخر العقلي وكل عام يولد حوالي 3-5 آلاف طفل مصاب بمتلازمة داون. ويعتقد أن حوالي 250 300 عائلة في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم أطفال مصابين بمتلازمة داون

(Michael Hersom, 2008: 341) (Michael J. Gurslacker, 1997, 1 26)

أما في مصر تنتشر متلازمة داون في 1 650 من المواليد (عبد المجيد، 1999)

وعادة يتم تحديد هذا المرض عند الميلاد

(Hernandez, D., 1996, 1411-1416) (www.medscape.com, 1997). (Hayes & Barshaw 993, 523-535).

وتتضمن متلازمة داون سموات متنوعة مثل: العيوب الخلقية بالقلب، مضاعفات خاصة بالإنسان (العمى)، اضطراب في الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي المركزي، هروب في الأطراف إلخ

(Puesche, et. al., 1991, 502-511) (Sarrafian, et. al., 1991, 191-200) (Baccichetti, et. al. 1990, 84-86)

ويؤكد نجد أن الخلية الناتجة بالظواهر الشاذة هذه المتلازمة هي المستقلة عن الطفرة الجسدية والعقلية للمصابين بها. (Masumoto, et. al., 1995, 521-522)

معدلات ندكاه للمصابين به بين المتوسط والشبه وبالرغم من أن التخلف العقلي لا يمكن علاجه تماماً إلا أن كل الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يمكن مساعدتهم على التقدم بسرعة أكبر من طريق جلسات التثبي والتدخل المبكر (Rondel, 1995, 132-134)

وحيث أن متلازمة داوون مرتبطة بعدد كروموسومات الخلية فمن الأهمية تناول موضوع شذوذ الكروموسومات بشيء من التفصيل وذلك فيما يلي:

شذوذ الكروموسومات Genetic disorders

الكروموسومات عبارة عن هياكل من هياكل صغيرة جداً يحمل كل منها مئات الجينات ويوجد في كل خلية زوجاً من الكروموسومات بالإضافة إلى كروموسوم الجنس الذي يظهران عند الأنثى (xx) وعند الذكر (xy) وبذلك يكون في كل خلية جسمة 46 كروموسوماً

أما خلايا الأمشاج التي تتكون عن طريق الانقسام الميوزي فتتضمن نصف هذه الكروموسومات حيث يتكون كل مشيج ذكري حيوان موي أو مشيج أنثوي أنويهة من 23 كروموسوماً فقط ويعتبر بالمشيج مشيج ذكري مع مشيج أنثوي يكونان معاً الخلية الأولى وتسمى زيجوت Zygote وتتضمن 46 كروموسوماً حيث يلتصق كل كروموسوم من مشيج الأم مع نظيره من مشيج الأب ليكووما 23 زوجاً من الكروموسومات

ويعتمد نمو الخلية الأولى لزيجوت من نقطة إلى نقطة فصصة لم جنين على عاملين هما: سلامة الكروموسومات وسلامة عملها. ففي خطأ في الكروموسومات أو في عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية تلتف خلايا الدماغ وتؤدي الجهاز العصبي ومن هذه الاضطرابات زيادة كروموسوم في الخلية أو غياب كروموسوم أو غير ليس نظيراً له.

وتتبع أعطاء الكروموسومات من فشل انفصال أزواج الكروموسومات non-disjunction أثناء الانقسام الميوزي لخلايا الجسم فربما حدث الفصل أثناء انقسام

الخلية الأولى التي يجبوت نتجت خلية بها 47 كروموسوماً ولتتوزي بها 45 كروموسوماً واحدة ثموت الخلية الأخيرة أما الخلية التي بها كروموسوماً زائداً فتقسم إلى خبثتين بكل منهما 47 كروموسوماً وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالانقسام الميتوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا بكل منها كروموسوماً وذلك ويظهر عرض المرض في هذه الحالة نقياً.

أما إذا انقسمت الخلية الأولى "الزيجوت" إلى خليتين سليمتين وحدث لشخص انفصال الكروموسومات في انقسام إحدى الخليتين ولم يحدث في الخلية الثانية نتجت أربع خلايا خبثتان سليمتان وثلاث بها 47 كروموسوماً وواحدة بها 45 كروموسوماً ثموت الخلية الأخيرة ولا تتكاثر عادة أما الخليتان السليمتان فتقسمان إلى أربع خلايا سليمة وتنظم الخلية المريضة إلى خليتين بكل منهما 47 كروموسوماً ويمكن استمرار عملية تكاثر الخلايا بالانقسام الميتوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا سليمة وأخرى غير سليمة ويظهر عرض المرض في هذه الحالة غير نقى.

وتتج اضطواء الكروموسومات أيضاً عن انفصال أزواج الكروموسومات أثناء لانقسام الميتوزي لتتكون الأمشاج حيث يكون للمشيج كروموسوم زائد أو ناقص أو به جزء كروموسوم آخر فإذا حدث تلفيح من هذا المشيج كانت الخلية الأولى مريضة وإذا استمرت في الحياة انقسمت إلى خليتين مريضتين وانقسمت الأخرى إلى أربع خلايا مريضة.

وهكذا يستمر تكاثر الخلايا بالانقسام الميتوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا غير سليمة ويظهر عرض المرض نقياً.

وتسبب اضطواء الكروموسومات اضطرابات بيوكيميائية تؤثر على عملية التمثيل الغذائي للخلية وتؤدي إلى موتها وعدم استمرار الحمل أو تؤدي إلى تشوه الجنين وإصابته بالخلل العقلي.

وهناك بعض الأمراض المرتبطة بخلل كروموسومات الخلية وأهم هذه الأمراض عرض داون، عرض ترنر، عرض كلاتينفلتر، وصغر حجم الرأس (مرعي، 1996: 119-123).

النوع متلازمة داون

يحدث لانقسام الثلاثي الذي يسبب متلازمة داون نتيجة ثلاث حالات

1. الحال الأول: ثلاثي 21 (Non-Disjunction)

نتيجة خطأ في التوزيع الكروموسومي قبل الحمل فعندما يتم الانقسام الاختزالي لا تكون الكروموسومات موزعة بين الخليتين الجديدتين بسبب هذا الانقسام مما يؤدي إلى أن تحصل إحدى الخليتين على كروموسوم 21 بدلاً من الحصول على 24 كروموسوماً بدلاً من 23 كما هو الحال في الخلّة المعايير وهذه الحالة هي أكثر أسباب حدوث متلازمة داون.

2. الحالة الثانية: الانتقال (Translocation)

التي يحدث فيها الانتقال الثلاثي وبالتالي متلازمة داون هو شدد الكروموسومات يسبب تغير النوع إذ يحدث فيه ارتباط كروموسومي مع كروموسوم آخر بمدينة التصاق ويمكن أن يحدث في أي كروموسوم لكنه أكثر شيوعاً في مجموعات الكروموسومات 13، 14، 15، 21، 22، 23. وفي ثلث حالات انتقال الموقع 21 أحد الوالدين يكون حاملاً لهذا الخلل في كمية زائدة من الكروموسوم 21 مما يسبب عنه مجموعات من كروموسوم 21 بدلاً من زوج منها.

3. الحالة الثالثة: الميسجسالي (Mosaicism)

التي يحدث فيها الانقسام الثلاثي هو حدوث شذوذ في الكروموسومات بعد حدوث الإخصاب إذ يحدث خطأ في توزيع الكروموسومات بمجرد أن تبدأ البويضة المخصبة في الانقسام مما يؤدي إلى عدم اتصال أحد الكروموسومات فتحتوي الخليّة الجديدة بالتالي على ثلاثة كروموسومات بينما الخليّة الأخرى الناتجة من نفس الانقسام لا تحتوي إلا على كروموسوم واحد وبسبب نقص الكروموسوم في الخليّة الثانية فإنها تموت وتبقى الخليّة الأولى التي تحتوي على كروموسوم زائد في الانقسام وهذا الخطأ في الخليّة الأولى ونتيجة للانقسام مستمرة لخلايا الجسم في الانقسام حاملاً

ثلاثية الكروموسوم الذي حدث فيه الشذوذ (السرطاني والجهشدي، 1998، 301-302)

أسباب حدوث متلازمة داون

بالرغم من تطور العديد من النظريات إلا أنه لم يعرف السبب الحقيقي لمتلازمة داون، ولكن يمكن تحديد بعض العوامل المسببة لمتلازمة داون بتقسيمها إلى عوامل وراثية وعوامل بيئية وذلك فيما يلي:

1. العوامل الوراثية: وتتمثل في:

أ. وراثية خاصة بالتخلف العقلي.

ب. انتقال خصائص وراثية شائعة (شذوذ الكروموسومات - شذوذ الجينات).

ويعتقد بعض الأخصائيين أن خلل الهرمونات أثناء حياة الإحصاءة بالجنس، ومشكلات المناعة أو استعداد الجين يمكن أن تكون السبب في حدوث خلل نظام الخلية ويتج عنه حدوث متلازمة داون.

ج. عوامل بيولوجية أخرى مثل طحل الرزومي (RH) اضطرابات العدد الصماء (غصور الغدة اليمومية تضخم الغدة الدرقية)

د. انتشارات الخلقية. فقد يصاب الطفل بشذوذ فيزيولوجي خلقي Congenital غير معروف أسبابه بوضوح ويؤدي إلى التأخر الذهني والذي منه (شذوذ في شكل صلبان الجسم - فقدان جزء من المخ - الاعتماد الدماغى - صغر حجم الجسم) وهذه الحالات من الممكن إرجاعها إلى عوامل وراثية أو إلى عوامل مكتسبة.

هـ. عوامل بيوكيميائية (ظفرة جينية)

2. عوامل بيئية: وتتمثل في:

1. عوامل قبل الولادة: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية، البكتيرية، الإشعاعات، الاستخدام السريع للأدوية، سوء تغذية الأم الحامل، سن الأم

عند الحمل، المتدخين أثناء الحمل، إدمان الكحوليات والمخدرات، تعرض نمو الجنين

ب. عوامل أثناء الولادة: الولادة المبكرة، وضع المشيمة، استخدام «بجنت لي الولادة»

ج. عوامل بعد الولادة: سوء التغذية، التهاب المخ، شلل المخ، الالتهاب السحائي، أمراض القلب، أمراض الطفولة المعادية، الحوادث، الحرمان من الأم، الحرمان الثاني (www.Theanc.org.1998)

أثبت الباحثون أن الخلية النشطة التي تحتوي على نسخ أكثر من كروموسوم 21 تزيد بتقدم عمر الأم فالمنافرة في حمل طفل مصاب بمتلازمة داون تزيد بزيادة عمر الأم. ومن بين النساء في عمر 3935 عام تحققت حالات متلازمة داون في حوالي 280 من المواليد وبين النساء في عمر 40 عام تكون النسبة 1 100 من مواليد

وبالنسبة للأمهات اللاتي أعمارهن 45 عام تكون النسبة 1:30 من المواليد وبذلك يتضح أن حمل المرأة في سن متقدمة يعرضها لخطر إصابت طفل مصاب بمتلازمة داون (Dutton & DeCherney, 1993, 58-64) (Helen Bee, 1995 52)

كما وجد ميكيلين عام 1981 أن 20 % من حالات متلازمة داون ترجع في أصلها إلى تقدم عمر الأب (Mikkelson, 1981, 221-226).

وقد افترض كثير من المتخصصين أن المرأة الحامل في سن 35 عام أو أكثر يجب أن تجري فحوصات قبل الحمل (www.Secc.Bti.org, 2002)

وبالرغم من أنه من الشائع أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون مولودين من أمهات أصغرهن فوق 35 عام إلا أن الأمهات الأقل من 35 عام معدلاتهن أكبر في إصابت أطفال مصابين بمتلازمة داون (www.do-health.com, 2002)

الخصائص الأساسية للمصابين بمتلازمة داون

1. الخصائص الجسدية والإكلينيكية

بالرغم من أن الأفراد المولودين لهم خصائص جسمية مميزة إلا أنهم يشابهون عموماً بالنسبة لفحص المعاني في المجتمع أكثر من كروموسوماتهم

ويش لكل الأضلاع العلون كل الحاصلين فيجوز منهم لديه قابس من الحاصلين والبعض لديه معظم علامات الفاون وتتضمن الحاصلين الآتي

- انبساط الوجه.
- انبساط في مؤخرة الرأس.
- رقبة عريضة قصيرة.
- وجود ثنايا لحمية (الثدي في مؤخرة العنق).
- شذوذ ملاحظ في لون البشرة.
- ارتفاع وسمي في أعلى ياطن الفك أو الفم.
- صغر حجم الأنف.
- ميل والمخار في العينين يصاحبه مصاحب في حدة الإبصار وتضخم في جفن العين.
- انحناس في موضع الأذن ونمو غير عادي لقناة الأذن (السرطاني والحصادي، 998 302-303)
- صغر حجم الجمجمة في كل الأعمار (Petersch, 1995, 216, 222)
- ناس عريض، سميك وعشق (De Grouchy & Turleau, 1990, 247 255)
- عيوب خلقية بالقلب (Hashem, 1995, 223: 229)
- ناخر عقلي أو نقص في النمو الإدراكي بين المتوسط والثلج (Caycho, et al, 199), 575: 553) (Werner, 1994, 277 282)
- تأخر في الكلام (Zigman, et al., 1997 76 80)
- نمو غير طبيعي للأستار.
- قصر اليد وهرضها والقدار أو امتداد أو زيادة عدد الأصابع وارتقاء عضلات الأصابع.
- وجود مسافة بين أصبع القدم الكبير وما يليه ووجود ثلثام أو تضخم أو انبساط في أصابع القدم.
- فرام قصير وأطراف قصيرة ومتضخمة.

صعوبات في التنفس وفي وظائف الرئتين.

- نقص الفيتامينات والكالسيوم.

- ضعف العظام والإسجة العصبية.

- تأخر في النمو الحركي. (السرطاوي، والصمادي، 1998: 302 - 303)

2. خصائص النمو:

أما فيما يتعلق بالنمو فلا تظهر أي فروق بين الأطفال المصابين بمتلازمة داون ولغيرهم من الأطفال العاديين خلال السنين الأولى والثانية (السرطاوي، والصمادي، 1998: 304)

وبالرغم من أن معنى النمو للأطفال البدون عمادة أدنى من معننى نمو للأطفال العاديين وذلك في مختلف سنوات العمر

(Napolianno, et al., 1990: 63-65) (Lauran, et al., 1995: 207-212)

كما أن الدراسات تؤكد وجود فرق بين الأطفال البدون بعضهم وبعض في كساب المهارات الأساسية للنمو (Wisheart, 1995: 57-92)

غير أن الفروق بين الأطفال البدون والأطفال العاديين تبدأ في الظهور مع تقدم العمر خاصة في سن الرابعة والخامسة وما يميزهم هو مشكلات النمو إذ يعانون من مشكلات التالية:

أ. صعوبات في الحواس المختلفة وخاصة حاسي اللمس والسمع

ب. صعوبات في التفكير المجرد وكذلك في الفهم والاستيعاب.

ج. صعوبات في الإدراك اللمسي والإدراك السمعي. (السرطاوي، والصمادي، 1998: 304)

د. صعوبة الانتظام من مرحلة لأخرى في النمو الحسركي.

هـ. الذاكرة طويلة المدى سيئة. (Dunst's, 1990: 180: 238)

3 الخصائص السلوكية والاجتماعية:

أما لخصائص السلوكية والاجتماعية التي تميز الأطفال المصابين بمتلازمة داون فتتمثل فيما يلي

٢. ودونون من التاحة الاجتماعية ويقلون على الآخرين ويمرون مصافحة الأيدي واستقبال الغرباء.

ب. يدونون المرح والسرور باستمرار.

ج. لكن لديهم المشكلات السلوكية إلا أنهم يمكن أن ينضبوا إذا ما استمروا إلا أن هذه الخاصية ليست مميزة لهم إذ أن للمشكلات السلوكية التي يظهرها بعضهم يمكن إرجاعها إلى اختلاطات الظروف الأسرية والبيئة التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال (السرطوني، والمصباحي، 1998: 304)

كما أن هناك فروق فردية في التاحة السلوكية والزاجية العامة بين الأفراد مصابين بمتلازمة داون بعضهم وبعض (Mamoun, 1995, 29: 36)

حقيقية التعرف على خطر التحمل إلى طفل داون

إن عملية الفحص قبل الحمل لمرة خطر التعرض لحمل طفل مصاب بمتلازمة داون عملية متاحة فهناك اختبارات مرسمة لفحص الحبل في دم الأم أثناء الحمل إذا كان هناك احتمال كبير للإصابة بالداون. وهي عبارة عن اختبارات وتحليل دم هي

- Serum Alpha foeto-protein (MSAFP)
- Chronic gonadotropin (hcg)
- Unconjugated Estrol (u E3)

ولكن هذه القياسات الثلاثة ليست مؤكدة للإصابة بمتلازمة داون ويفضل إجراء التحاليل التشخيصية الأخرى.

التحاليل التشخيصية لمتلازمة داون

1. هيئة من السائل المحيط بالجنين Amniocentesis

حيث يتم سحب هيئة من السائل المحيط بالجنين بواسطة إبرة خاصة وتكون فيها هياكل الأمراض فالإجهاض قليلة ويتم هذه العملية عند اكتمال 14 إلى 18 أسبوع من

الحمل وتأتي عادة وقبل الفحص الخلوي الموجودة في هذا السائل لمعرفة إذا ما كانت الخلايا تحتوي على مواد أكثر من كروموسوم 21 (Snyder et al., 1994, 543- 552)

2. حبة من دم الحبل السري عن طريق الحبل

Spontaneous Umbilical Blood Sampling (SUPS)

وهي من طرق الطرق ويمكن استخدامها لتأكيد نتائج حبة المشيمة أو حبة السائل الأمنيوسي. ولكن حبة الدم من الحبل السري لا يمكن إجرائها إلا بعد لحمل وخلال الفترة من 18 إلى 22 أسبوع ويكون خطر التعرض للإجهاد في هذه الطريقة كبير.

وتطور طرق الفحص قبل الحمل، كما تقوم بعض الجهات بتدعيم نظريته وفي العديد من البلاد يتم عمل مسح شامل قبل الولادة لخطر التعرض للإجهاد طقس مصاب بمتلازمة دارون وغالباً تكون الإجراءات روتينية في هذا الموضوع

(www.ncbi.nlm.nih.gov/802801) (www.Natural.com, 2001)

3. حبة من المشيمة (Chorionic Villi Sampling (CVS

يتم سحب حبة من المشيمة في الفترة بين 9 إلى 11 أسبوع من الحمل وهي تتطلب أخذ مقال ذرة من المشيمة وبالتحديد من النسيج الداخلي الذي سينمو إلى مشيمة ويتم فحص النسيج لمعرفة وجود مواد زائدة من كروموسوم 21 ويمكن أخذ العينة من عنق الرحم في هذا النوع يكون التعرض لخطر الإجهاد من 1-1/2

الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمتلازمة دارون

الطفل المصاب بمتلازمة دارون يحتاج نفس الرعاية الصحية التي يحتاجها أي طفل آخر وطبيب الأطفال يجب أن يمد الأسرة بإرشادات عامة عن الصحة، الحصين ضد الأمراض، أدوية التطوير التي يجب أن تكون موجودة بالمتنزل وتقديم الدعم والاستشارات للأسرة إلا أن هناك بعض المواقف التي يحتاج فيها الفحص المصاب بمتلازمة دارون لرعاية خاصة ومنها ما يلي

- 1 حوالي 60-80٪ من الأطفال المصابين بمتلازمة دارون يعانون من خلل في السمع، لذلك فالكشف على السمع في سن مبكرة وعمل اختبارات متقدمة للسمع هام

جد، وإذا تم اكتشاف فقدان بسيط للمع يجب عرض الطفل على اختصاصي أذن وأذن وحنجرة.

2. حوالي 40-50٪ من الأطفال الداون يعانون من أمراض غشائية بالقلب وكثير منهم يتعرض لإجراء عمليات جراحية بالقلب وغالباً ما يستغرقون وقتاً طويلاً في العلاج مع طبيب أطفال متخصص في القلب.

3. اضطرابات الأمعاء تحدث أيضاً بنسبة كبيرة في الأطفال الداون ومنها انسداد المريء والأمعاء المبطنة والاثني عشر. كما أن فتحة الشرج ليست طبيعية عند الأطفال الداون وكل هذا يتطلب أن يعالج جراحياً من أجل أداء وظائفهم بطريقة طبيعية (www.Thearc.org, 1990).

4. الأطفال الداون يعانون من مشكلات في العين أكثر من الأطفال الطبيعيين فضلاً عن أن 1/3 منهم يعانون من آلام اليضاه ويحتاجون لإزالتها جراحياً. كما توجد بعض المشكلات الأخرى المتصلة بالعين مثل الحول، طول النظر، قصر النظر وغيرها.

5. أما بالنسبة للتنحية فهي مرحلة الطقولة تظهر مشكلات التنحية وتقصي الوزن عند الأطفال الداون (Ponchard, 1990, 52-56).

6. كما أن بعض الأطفال الداون خاصة اللذين يعانون من مشكلات خطيرة بالقلب لا يسمون في مرحلة الطقولة بالصورة المطلوبة ومن تلحقه أخرى فائده ملاحظة في مرحلة المراهقة والبلوغ نتيجة زيادة طغور الدهون. كل هذه الحالات يمكن تجنبها عن طريق الإرشادات الغذائية اللازمة (www.Thearc.org, 1990).

7. الاختلال في وظيفة الغدة الدرقية شائع بين الأطفال الطبيعيين، فحوالي 15-20٪ من الأطفال الداون لديهم قصور درقي. ومن المهم التعرف على الأطفال الداون اللذين يعانون من خلل في الغدة الدرقية حيث أن القصور في وظيفتها يؤدي إلى خلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي. (Porzan, 1990, 57-58).

8. في السنين اثنتي عشرة عملية شريح للباليين المصابين بمتلازمة داون أن لديهم حساسية مريضة لمعرض الزهايمر ففي سن 35-40 عام يظهر لديهم خصائص

مرغبه واضطرابات عصبية مرتبطة بمرض الزهايمر واستجبت الدراسات أن كبل البالغين الذين سيصابون بالزهايمر إذا عاشوا لفترة طويلة. ومن الصعوبة تشخيص مرض الزهايمر في البالغين للداون والمتأخرين حلقاً حيث تشابه حالات الزهايمر مع التدهور الإدراكي للمصابين بمتلازمة داون لهذا للسيطرة الحقيقية لمرض الزهايمر في متلازمة داون لم يتم التعرف عليها حتى الآن حيث أن معلوماتنا عن السمات والمظاهر الطبية لهذا المرض ما زالت قليلة. (Dalton, 1992, 51-76) (Dalton, 1995, 58-64)

9 جانب آخر يحتاج لرعاية طبية علاجية في متلازمة داون يتضمن أمراض المناعة المكتسبة، اختلال التوازن القلبي، انقطاع النفس أثناء النوم، بالغ كل هذا يتطلب الاهتمام بالمرضى على اختصاصيين في المجالات المتخصصة.

(Bradtkorb, 1994, 227-285) (Pruess SM et al., 318-320) (Shen et al., 1995, 915-925)

العمر المتوقع للمصابين بمتلازمة داون

من أهم الدراسات في هذا الموضوع دراسة تم تطبيقها على أكثر من (12) ألف شخص مصاب بمتلازمة داون، حيث وجدت الدراسة أن أكثر المشكلات العلاجية لا تواجه مع مدى الوفيات للفتيات بها كما كان شائع. كانت مهارات الاعتماد على النفس هي أفضل متغير للعمر المتوقع لحياتهم. وبالنسبة للبالغين المصابين بمتلازمة داون والقادرين على مساعدة أنفسهم (سهولة الحركة، إطعام أنفسهم) يتوقع أن يعيشوا حتى الخمسينيات بينما الآخرين الذين نقصهم مهارات مساعدة النفس يتوقع أن يعيشوا حتى الأربعينيات، إلا أنه من غير المقبول أن تتوقع مدى حياة طفل مولود بمتلازمة داون لأن كثير من التغيرات الاجتماعية والعلاجية تحدث لهم خاصة في العقود القادمة.

وفي دراسة أخرى أجريت في أوروبا عام 1997 وجد أن نسبة 88٪ من المواليد المصابين بمتلازمة داون يعيشون حتى سنهم الأولى وأن 82٪ يعيشون حتى سنهم الخامسة (www.ds-health.com 2002, مصادر)

وتؤكد التقارير أن نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يموتوا في عامهم الأول بعد الولادة. كما أن 22٪ منهم يموتوا مبكراً قبل عامهم الأول ومن أهم الأسباب التي تؤدي لوفاة المصابين بمتلازمة داون ما يلي:

1. القيوب الخلفية بالقلب.

ب. مرض اللوكيميا. (Mikkelsen, et. al., 1990, 75-82)

وبالرغم من ذلك ونتيجة للرعاية الطبية وبرامج التدخل المبكر زاد العمر المتوقع للمصابين بمتلازمة داون واستطاعوا دخول المدارس العادية والمشاركة في الألعاب الرياضية والتمتع بحياتهم مثل أقرانهم الطبيعيين.

(Sedice, 1996, 20: 24) (Rasouly-Quarino and Cornicetta, 1995, 238, 246)

الوقاية من حدوث متلازمة داون

1. وترتبط حالات متلازمة داون في انتشارها طردياً مع تقدم الأم في العمر، ولأمهات في العمر أكبر من 35 سنة هن الأكثر عرضة لإحجاب أطفال مصابين بمتلازمة داون ويزداد هذا التوقع أكثر بعد سن الأربعين ويزداد كثيراً بعد سن الخامسة والأربعين، لذا ينصح كل إجراء وقائي بعدم حمل الأم بعد سن 35 عام وهذا الإجراء من شأنه أن يقلل كثيراً من انتشار حالات متلازمة داون.

2. يلزم عمل تحليل للكروموسومات للمتزوجين قبل حدوث الحمل للتعرف على خطر إحجاب أطفال لديهم أمراض وراثية كإجراء وقائي للحد من انتشار الأمراض الوراثية.

3. إجراء الفحوصات الطبية وطلب الاستشارة في حالة حدوث حمل لدى أم سبق وأن أنجبت طفلاً مصاباً بمتلازمة داون إذ أن الإجراءات التشخيصية المبكرة منبهاً حيث يتم تشخيص هذه الحالات أثناء الحمل عن طريق التحاليل الشخصية التي تم ذكرها سابقاً خاصة للأمهات كبار السن أو اللاتي أنجبن حالات داون من قبل. وعند اكتشاف وجود هيوب كروموسومية لدى الجنين فإن الإرشاد الوراثي ياتخذ دوره ويكون الفشل واجباً للتوالتين.

4 كما أن لآباء الذين تميل لديهم حالة متلازمة داون عليهم أن يستشيروا متخصصين في الوراثة لإجراء الفحوص اللازمة لمعرفة توقع إيجاب أطفال آخرين لديهم هذه الحالات.

5 قد تظهر البحوث في السنوات القادمة وجود حالات أخرى يزداد لديها احتمال إيجاب أطفال لديهم مشكلات واضحة لشفرود الكروموسومات. وعلى سبيل المثال فقد أصبح معروفاً أن الأمهات اللاتي تعرضن للإصابة بالتهاب الكبد الوبائي يصبح عرضة لإيجاب أطفال لديهم شفرة في الكروموسومات (ومنهما حالات متلازمة داون) حيث أن الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي الوبائي يؤدي في أحيان كثيرة إلى تشوهات في الكروموسومات وقد اكتشفت هذه الظاهرة في أستراليا حيث أظهرت حالات متلازمة داون في صوة موجات معاكسة ولكنها مرصحة بظهور التهاب الكبد الوبائي (السرطاني والصمائي، 1998: 304-305) التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون

بعد التدخل المبكر حالياً من أفضل الوسائل الموثقة للعلاج بصفة عامة والاستراتيجيات الموثقة. فكل ما كتب عن تأثيرات التدخل المبكر على الأطفال معوقين في النمو والمعرضين لخطر الإعاقة متشعب ومتعدد ومتطور باستمرار. ويعد برنامج هيد ستوت من أفضل البرامج على الإطلاق التي تناولت التدخل المبكر

(Banermeister & Bacharach, 1996, 97:104) (Detunnen & Thompson, 1997, 1082-1090)

ومن الملاحظ أنه كان سيستمر الحصول على مكاسب طويئة أسدى إلّا لم يتم تخطيط نتائج برامج التدخل المبكر بدقة، وبالإضافة إلى ذلك، هناك الكثير من التأثيرات الإيجابية المباشرة وغير المباشرة التي تحفّض للأطفال وأسرعهم من خلال إلحاق برامج التدخل المبكر التعليمي الشامل لمرحلة الطفولة (Michael Herson, 2000) وتقوم برامج التدخل المبكر على أهمية وضع الوالدين والمعلمين برعاية الطفل في الاعتبار عند تحديد مستوى نمو الطفل. (O'Brien, 1994, 1: 6)

حيث يشترك أعضاء الأسرة مع الأعضاء في تحديد الأهداف وتقييم الأنشطة التي يمكن أن تكون من الفائدة النهائية وعلاقتها بآثارهم الطبيعيين لتحديد المهام والأنشطة المناسبة لعمر الطفل والتي سيتم تدريجه على اكتسابها (Munich et al., 1993, 434-461) (Buyson & Bailey, 1993, 434-461)

أهداف التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون

1. مساعدة الأسرة لتحقيق أهدافها وتعزيز التفاعل بين الأطفال وأسرهم.
2. حبس الطفل على الالتزام، الاعتماد على النفس والنجاح.
3. استئثار النمر
4. بناء ودعم الكفاءة الاجتماعية للأطفال.
5. إمدادهم بحجرات الحياة العادية وإعدادهم لها.
6. مع ظهور المشكلات السلوكية الخاصة بالإعاقة.
7. زيادة وعي الأسرة بالبرامج الاجتماعية الأخرى.

(Mc Whitem R.A., 1999: 22)

ويجب التأكيد على أن مجهودات التدخل المبكر قامت على أساس توجيه الأهل خارجياً في حيلة الطفل وليس فقط الاهتمام بمعدلات الذكاء لديه

(Baumister & Bachrach, 1996, 79: 184)

كما اعتمد التدخل المبكر على الرعاية اليومية لحواء الأطفال ومساعدتهم على الاعتماد على النفس (Shover, 1992, 344, 352).

ويتم تطبيق برامج التدخل المبكر على الأطفال وفقاً للمظاهر السلوكية المسيطرة لكل مرض بمعنى سبيل المثال هناك أمراض جنينية مثل هشاشة كروموسوم (x) ومتلازمة داون وغيرها لها القدرة على إظهار صور سلوكية مختلفة.

(Dykens & Kasari, 1997, 228: 237)

فعالية التدخل المبكر مع الأطفال الفنون

هناك العديد من الأبحاث والدراسات التي تمت لمعرفة مدى فعالية التدخل المبكر مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ففي بحث تمسلي مع قضية التأثير بعيد

المدى للتدخل المبكر لمرة مدى اختلاف الأطفال للتقيد في التدخل المبكر من اشتراك في أنشطة التدخل المبكر من ناحية تأثيره ونتائج عليهم. وجد البحث أن التدخل المبكر له جهودات واضحة ومفيدة.

(Gurnelick, 1993, 366, 378) (Gurnelick, 1991 174-183)

وفي معظم حالات متلازمة داوون لا يكون المخ تالفاً ولكن الأعصاب التي تحمل المعلومات من الحبة عصبية إلى أخرى تكون ديفة ولا تحمل الرسالة بالسرعة التي تعمل بها الأعصاب في الطفل العادي، وتكون هناك مشكلات عصبية كثيرة، وتكون الأجهزة الحسية هي الرجلة لاكتشاف المعلومات من البيئة المحيطة. لهذا فالطفل الداون يحتاج إلى كثير من الإثارة والتثنية خصوصاً في السنوات الأولى من العمر (محمد، 1999)

وتأكد صافية التدخل المبكر عند مقولة النمو بين الأطفال المعايير بمتلازمة داوون والأطفال العاديين الغير معايير. بالتخلف العقلي حيث تشابه النتائج بينهم بعد تعرض لأطفال الداون للتدخل المبكر (Cichetti & Beeghly, 1990, 29: 62)

وبجب التأكيد على أهمية التركيز على تنمية المهارات الإدراكية ومهارات الاتصال في برامج التدخل المبكر للداوون حيث وجدت دراسات عديدة أن لأطفال الداون لديهم مصور في الناحية الإدراكية ومهارات الاتصال أكثر من المهارات الشخصية والاجتماعية والسلوك التكيفي. (Dykens, Hodapp & Evans, 1994, 580-587)

كما لاحظت دراسات أخرى عن النمو الحسي للأطفال الداون وجود فروق فردية في اكتساب اللغة وتأخر في اكتساب عدد المفردات. (Chapman, 1995, 64: 663)

ومع التقدم في العمر يصبح القصور في المهارات اللغوية أكثر وضوحاً حيث تؤكد التقارير وجود تشابه في العلامات اللغوية المستخدمة في المفردات المبكرة للأطفال الداون. لذلك تروى الفروقات بأهمية التركيز على تنمية مهارات اللغوية للأطفال الداون. (Hopman & Nothnagle, 1994) (Miller, 1992, 39-50)

والبيانات المتعددة والمتنوعة المتاحة حالياً عن برامج التثنية والتدخل المبكر التي لحظ بالتعرف على البرامج التعليمية الخاصة بالأطفال الداون تؤكد على وجود تأثيرات إيجابية للتدخل المبكر مع الأطفال الداون.

(Marsella, 1993, 361- 386) (Champion & Lawson, 1996, 112- 124)

معوقات التدخل المبكر مع الأطفال الداون

1. عدم وهي الزائد من بالفروق الطيفية بين الأطفال العاديين والأطفال الداون في مجالات النمو.
2. معظم الممارسات التقييم الخاصة بالطفولة خاصة بالأطفال الطبيعيين هذا إلى جانب نقص رسائل التخصيص والاختيارات الخاصة بالأطفال الموهوبين ذهنياً.
- (Shonkoff, Hunter-Crow, Krauss & Upshur, 1992, 21- 22)
3. ترايد عدد الأطفال التي تقدم لهم الخدمة
4. التركيز على أحد جوانب النمو معصب بدلاً من النظرة الكلية لأولويات الأسرة وحاجات الطفل
5. قصر الأجهزة والماني والوارد
6. مشكلات تعود إلى حالة فريق التدخل المبكر وقلة خبرة أعضائه في هذا المجال.
7. الظروف البيئية الفقيرة للأسرة وعدم تفهمهم قيمة وطريقة المشاركة والعمل في فريق. (نجم إبراهيم علي، يناير 2002، 66)

الخدمات التعليمية والفرص التعليمية المتاحة للطلاب

أوضحنا برامج التدخل المبكر ودور الحضانة وإسراحيات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة أن الأطفال صغار السن والمصابين بمتلازمة داون يمكنهم الاشتراك في الممارسات التعليمية التي تؤثر إيجابياً على وظيفتهم بصورة عامة كما أن التدخل المبكر، إثراء البيئة، ومساعدة الأسر سيؤثر على تفهمهم والذي لم يتحقق عادة للأطفال الذين لم يلقوا مثل هذا التعليم وهذه الممارسات للأطفال الداون مثل كس الأطفال بإمكانهم الاستفادة من التنشيط الحسي والتأهيل المتعدد التي تضمن النمو والتقدم، الأنشطة الحركية الجيدة وتدعيم النمو الإدراكي.

ولتعب دور الحضانة في سن قبل المدرسة دوراً هاماً في حياة الطفل حيث أن اكتشاف البيئة البعيدة عن المنزل يمكن الطفل من الاشتراك في نحو الممارسات التعليمية ولجسدية بالإضافة إلى الفرص الانصاحية. (www.Thearc.org 1990)

ومن خلال تجربة تعليم الأطفال الدون بالتفرس العادية وكذلك التفرس المجبوري للمعجم المساعد وأن وضع الطفل بالتفرس العادية واحتواءه يهدف إلى

- تنمية مهارات جديدة.
- تنمية الاعتماد على النفس في السلوك والتعليم
- إعطاء العرض لتكوين الصداقات. (ترجمة المجموعة الاستشارية لنظم المعلومات وإدارة، 2001، 122)

وبحلال مرحلة الإنواء يجب توجيه الأطفال الصغار المصابين بملازمة دون لتوجه مهني من أجل تعلم مهارات اللعب وأن يشاركوا في علاقات ملازمة مع زملائهم في المعين وسوف ينتج عن الاستشارة المهنية للملازمة والتعريب على مهنة سوطي معدين في المقابل سيؤدي هذا للإحساس بأهمية النفس والاندماج في المجتمع (www.Thucaro.org, 1990)

اهمية العلاج الطبيعي في التدخل لتفكير مع الأطفال التالفين

الأطفال المصابين بملازمة دون سيتعلمون المشي والجري والتفرس ولكن في وقت أطول من الأطفال الطبيعيين، فالأطفال الطبيعيين يمشون في حوالي سن 12 شهر، سيم الأطفال المصابين بملازمة دون يمشي في حوالي سن 24 شهراً والعلاج الطبيعي من يسرع من معدل نمو الحركات الكبيرة للطفل الدون فيسيرا متوسط معدل المشي له حوالي سن 24 شهراً. ولكن العلاج الطبيعي من أهم الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المصاب بملازمة دون وسيتم شرح أسباب ذلك فيما يلي.

هناك أربع عوامل سوف تؤثر على نمو الحركات الكبيرة للطفل المصاب بملازمة دون وهي:

3. نقص التوتر العضلي Hypotonia

يشير التوتر إلى جهد العضلة في حالة ارتياحها وكمية التوتر مسيطر عليها من قبل المخ وهي نقص التوتر العضلي أن التوتر ناقص والذي يمكن ملاحظته بسهولة شديدة في الأفعال الداون وهم في حيز الرضاعة، فعندما تلتقط طفل داون رفيع متلاحظ أنه يبدو مرناً أو مثل اللعبة المنحوسة بالتمشيش، إذا وضعته على ظهره ستشبه

رأسه إلى الجانب وتلاشي ذوائبه من جسمه وتنتد إلى السطح ومشقة سيقانه ممنوحة. هذا الانحناء يسبب نقص التوتر العضلي ويؤثر التوتر العضلي على كل طفل مصاب بمتلازمة فاون ولكن بدرجات مختلفة فبما يكون التأثير معتدل في البعض يكون أكثر وضوحاً في البعض الآخر. فعلى الرغم من أن التوتر الطبيعي يضعف بعض أفضيه بمرور الوقت إلا أنه يبقى مستمراً في كافة أعضاء الحياة لبعض التوتر العضلي يجعل من الصعوبة تعلم بعض المهارات الحركية الإجمالية فعلى سبيل مثال، نقص التوتر العضلي لمضلات المعدة يجعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة لتعلم القوارن في الوقوف.

2 الارتقاء الرياضي والعضلي

الأطفال المصابون لديهم أيضاً زيادة في مرونة مفاصلهم وذلك لأن الأربعة الساق تحمل العظام لها ثيرة أكثر من عادية. والارتقاء الرياضي ملحوظ جداً في أعمار الطفل المبكرة عند وضع الطفل المصاب على ظهره فإن سيقان الرضيع تميل لأن تكون في وضع يكون فيه المقلعين والركبتين مشبكتين والركبتين متباعدتين. ونلاحظ بأن عند بومرغ تكون أقدامه ممتدة وليس بها تقوس. هذه المرونة المتزايدة تميل إلى جعل لبعض أقل ثباتاً وبالتالي أكثر صعوبة في تعلم التوازن عليها.

3 القوة المتناقصه Decreased Strength

الأطفال المصابون لديهم نقص في القوة العضلية والتي يمكن أن تنعكس كثيراً من خلال التكرار والتمارين، وأهمية القوة المتزايدة للعضلة في أن الأطفال المصابون يميلون إلى تعرضهم لبعضهم باستخدام الحركات الأسهل على المدى القريب إلا أنها ضارة على المدى البعيد. فعلى سبيل المثال، قد يريد الطفل الوقوف إلا أنه بسبب الضعف في جذعه وسيقانه يمكن فقط أن يحمل ذلك إذا صاحب ركبة.

4. أذرع وأرجل قصيرة Short arms and legs

إن الأذرع وأرجل الأطفال المصابون قصيرة بالنسبة لطول الجذع. وتعتبر الأذرع هذا يجعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة لتعلم الجلوس حيث أنهم لا يستطيعون لاستناد

على أدمعهم ما لم يملوا للأمام كما أن قصر سيقانهم يجعل من الصعب عليهم تعلم التسليق حيث أن لارتفاع الأريكة أو الدرجات يمثل عبة بالنسبة لهم.

ما سبق يتضح لنا أن العلاج الطبيعي لا يهدف للإسراع من النمو الحركي لمطفل الداون، إنما يساعد الطفل على تجنب النمو الحركي المتخلف الطبيعي واختراكات غير المتكافئة والتي تكون شائعة في الأربع عوامل السابقة، هذه العوامل التي تسبب مشكلات وتشوهات في العظام في مرحلة البلوغ.

تواج الشباب المفلون

- رأي الطب

لا توجد فروق في وقت البلوغ ونتائج التفحج الجنسي بين الأشخاص المصابين بمتلازمة داون والأشخاص الطبيعيين. (Schwab, 1995, 230-237)

ويسلط الشاب المصاب بمتلازمة داون أن يتزوج ويميش حياة عادية مثل لإنسان الطبيعي فالشباب المفلون إنسان طبيعي له حقوق جنسية ومن حقه أن يمارس حياته كالإنسان الطبيعي وأن يزوج لأنه نصف سوي، ولأنه قليل التعلم والتدريب و تأهيل فبالتالي يستطيع أن يمي ما يفعله إلى حد ما لأنه اقرب إلى الإنسان الطبيعي، ولكنه لا يستطيع أن ينجب في معظم الأحيان وذلك لأن هرمون الذكورة يكون أقل من الطبيعي في جسمه (حاملي متلازمة داون) فيؤدي ذلك بالتالي للضعف عند الرجال (عبد الحبيب، 2000)

وبالرغم من ذلك فهناك حالات من المفلون الرجال المصابين بمتلازمة داون المهبوا أطفال (www.doc-health.com, 2002)

أما بالنسبة لثالث الفلون فإنها تستطيع الزواج مثل أي سيدة طبيعية أخرى وإمكاناتها أيضاً الإلهاب بسهولة، أما إذا تزوج الشاب المفلون من إنسانة طبيعية فمن الممكن أن ينجب أطفالاً طبيعيين بنسبة 50%

- رأي الدين

الزوج كما تقرره شريعة الإسلام يقوم على أساس المودة والقرامح والألفة بين الزوجين ورعاية كل منهما لصالحه وقيام كل واحد منهما بالوفاة بمضوى الطرف

الأخر. أوضحت هذه المسائل آيات القرآن المتعددة والأحاديث النبوية المتكاثرة وأصبحت هذه المسائل من الفروع شبه المطلوبة في الفقه بالضرورة لهذا كان الأمر كذلك فإن زواج النفاق ذهباً يتوقف على مدى قدرته على الوفاء بهذه المعاني وبذلك المقاصد وليس من مانع إذا كان الطرف الآخر والحبياً بذلك وموافقاً عليه ولقد اعتبر بعض أصحاب الإسماعيليين في التكليف بين الزوجين "السلامة من المهرج" "المطهرة"، وقد روي أن عمر بن الخطاب رضي الله عنه بحث وبحثاً في مهمة وتزوج هذا الرجل من امرأة فلما علم عمر وكان هذا الرجل عفيفاً قال له "هل أعلمت الزوجة أنك عقيم؟" قال "لا" قال: "فانظري فاعلميها ثم غيريها" أي بوجعها معه أو مذكرتها بها.

ومعنى هذا أن المرأة لا بد أن تكون على وعي كامل بحال هذا الزوج قبل العقد فإن كانت في حالة الرشد وحسن التقدير للأمور ورضيت بذلك فلا حرج في رفض الزواج بعد تمام العقد وإذا لم تكن تعلم حال هذا الزوج قبل العقد ثم عرفت بذلك بعد تمام العقد فمن حقها أن تطلب فسخ العقد وتحمل التبعات المالية لهذا العقد من قاموا بالتعريف بها.

كما أن الفقهاء فصلوا الأحكام بالنسبة لحصول حال الإعاقة أو الجسود بعد الزواج ويصو: معنى ما يحق للمرأة من مطالب الإبقاء أو الفراق علماً بأن أتواهم وأنماهم تدور حول النظر إلى ما يحق مقاصد الزواج من حسن المعاشرة ومن القدرة على الرعا بالحقوق وعدم الإقلال المستمر للطرف الآخر منها والبناء على القادة الشرعية لا ضرر ولا ضرار (الفتاوى، 2000).

مقايمة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) وصعوبات التعلم

ملزمة

الدراسات والبحوث النفسية التربوية لمرحلة ما قبل الابتداء بالاضطراب ضعف

والنشاط الزائد

الاستراتيجيات التربوية المتعددة المتعددة للصعوبات التعلمية عند

الطلاب الذين لديهم ضعف الانتباه وقلة

مرونة التفكير الملائمة ما بين اضطراب ضعف الانتباه وقلة

الزائد وصعوبات التعلم

للخمس في نتائج مراجعة الدراسات

الفصل السادس

مقالة علمية عن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) وسهوبات التعلم

مقدمة

تمت الكثير من الدراسات والبحوث باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد على مدار السنوات الماضية وقد تناولت تلك الدراسات هذا الاضطراب من الناحية والأسرة والمجتمع المحيط بالطفل

كما ان العديد من الأبحاث قد اقررت لتناول موضوع التحصيل الأكاديمي للطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف انتباه ونشاط زائد في صورة الفهم، حيث اوضحت خصاصي هذا الاضطراب بمظاهر صعوبات التعلم. وقد اشار الزيات (٩٩٨) إلى أن صعوبات الانتباه تقع موقعا مركزيا بين صعوبات التعلم المختلفة عما حل، بالكنية من الممارسين في مجال التربية إلى أنه يعتبروا بأن صعوبات الانتباه تقع خلف كثير من المظاهر صعوبات التعلم الأخرى، مثل صعوبات القراءة والفهم القرائي والصعوبات المتعلقة بالذاكرة والصعوبات المتعلقة بالحساب أو الرياضيات بالإضافة لصعوبات التأخر السلوكي والصعوبات الإدراكية بشكل عام.

وعلى الرغم من هذه العلاقة الارتباطية بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وبين صعوبات التعلم فما زال هناك غموض يحيط هذا الموضوع في الجانب العربي، حيث يتم التعامل مع الأطفال الذين يظهرون صعوبات تعلم ناتجة من ضعف الانتباه والنشاط الزائد، على أنهم من ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية.

كما أن مشكلاتهم التعليمية تعالج شعباً باستراتيجيات تقليدية لا تتماشى مع طبيعة هذا الاضطراب. لذا سوف يسعى الفصل الحالي إلى توضيح مظاهر اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وتأثيره على النواحي التعليمية وكيفية تقديم

معلومات حول الصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والاندماج الزائد من خلال مراجعة الأدبيات الحديثة في هذا المجال

وتنفيذ الاستراتيجيات التعليمية المناسبة للتعامل مع صعوبات التعلم الناتجة عن اضطراب ضعف الانتباه والاندماج الزائد من خلال مراجعة الأدبيات الحديثة في هذا المجال

بداية سوف يتم توضيح مفهوم اضطراب ضعف الانتباه والاندماج الزائد (ADHD) وصعوبات التعلم (Learning Disability).

اضطراب ضعف الانتباه والاندماج الزائد (ADHD) Attention Deficit

Hyperactivity Disorder عرقه السبيل الإحصائي والتشخيص الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) هذا الاضطراب على أنه اضطراب نمائي يظهر خلال مرحلة الطفولة وفي كثير من الحالات قبل عمر 7 سنوات وحتى يتم تشخيص الطفل على أن لديه هذا الاضطراب فلا بد أن تكون أعراض هذا الاضطراب قد تركت أثراً سلبياً على واحدة أو أكثر من جوانب الحياة كالعلاقات الاجتماعية، والأهداف الأكاديمية أو المهنية إضافة إلى الوظائف التكيفية والمعرفية ويمكن أن يسبب هذا الاضطراب إلى من الرعاية أو من الرشد (Wikipedia, 2006)

صعوبات التعلم

ويقصد بها الصعوبات التي تواجه التلاميذ في تعلم مادة أو أكثر كالقراءة والكتابة والحساب والتهجئة والإلقاء والرياضيات أو الصعوبات النمائية المرتبطة بالذاكرة و الانتباه والفهم والاستيعاب والتفكير والمهارات العقلية المختلفة.

الخصائص والصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والاندماج الزائد (الخصائص التعليمية للأشخاص الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والاندماج الزائد)

يظهر اضطراب (ADHD) بطوريات مختلفة، فقد تكون حالة الطفل بسيطة ويمكن التعامل بسهولة معها أو قد تكون أعراض الاضطراب شديدة وتحتاج إلى جهد كبير للتعامل بها. كما أن هذا الاضطراب يتلخص أعراضه يوماً بعد يوم ومن مكان

الأحر. فهو غير ثابت في مظهره ويختلف هذه المظاهر حسب المزاج والمواقف، وقد تؤثر عوامل أخرى في تلك التقلبات التي تظهر على الأطفال المصابين به. وحسب ما جاء في رأي باركلي (Barckly) فإن 780 من أطفال المدارس المصابين به مستمر لديهم أعراض الاضطراب حتى في سن المراهقة و30-65٪ منهم تبنى الأعراض لديهم حتى سن الرشد.

مظاهر الاضطراب في سن ما قبل المدرسة

يؤدي العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD في سن ما قبل الدراسة سلوكيات حركية نشطة تخلو من الراحة، وتغيرات كبيرة في المزاج وبنوبات من الغضب، وإدخال ما تخرج من فمهم السوم. كما يستنون مرضى الإحباط أكثر من غيرهم، ومن الانتباه لديهم قصير جداً كما يظهر البهجة من الأطفال في هذه المرحلة العمرية مشكلات في اللغة والكلام ويصفون عادة بأن تصرفاتهم حرفاء وسخر مشكلاتهم أكثر وضوحاً حين يكونون في مواقف ضمن مجموعات، وقد يبدو سلوكيات عدوانية وكثير من هؤلاء الأطفال لا يستمرون في رياض الأطفال ويخرجون من المدرسة.

مظاهر الاضطراب في سن المدرسة

تتزايد مشكلات هؤلاء الأطفال في سن المدرسة، حيث يتوقع منهم البقاء هادئين في أماكنهم والتركيز على المهام المروضة أو الانتعاج مع الآخرين في الفصل الدراسي.

ولبدأ تأثير المشكلات الدراسية للطفل في الظهور في المنزل حيث تكون له واجبات منزلية تدخل الطفل والأسرة مما في معاناة حقيقية لإنهاء تلك الواجبات.

كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلة عدم القدرة على إتباع التعليمات سواء في المنزل أو المدرسة وصعوبة أداء المهام اليومية المركبة لهم أو إكمال الأعمال التي أوكلت لهم. كما يعانون من رفض الآخرين لهم من الأقران بناء على شجاج سلوكياتهم الاجتماعية التي تتناسب والتي تتزايد مع الوقت. وفي نهاية مرحلة الطفولة تبدأ السلوكيات الاجتماعية بالتحسن والاستقرار، إلا أن المشكلات الأكاديمية تستمر.

ويشير باركلي (Barckley) إلى أن ما بين عمر 7 - 10 سنوات فإن على الأقل 30- 50٪ من الأطفال الذين لديهم تشتت أو ضعف انتباه (ADD) أو لديهم ضعف انتباه مصحوب بنشاط زائد واندماع (ADHD) قد تطور لديهم أعراض السلوك المعارض (Conduct Behavior) أو سلوكيات أخرى كالكذب، أو مقاومة السلطة، و 25٪ منهم قد يهاجرون بالتقال مع الآخرين (Health Comm, 2000).

مظاهر الاضطراب في سن المراهقة

خلال هذه الفترة التنمائية فمن غير المستغرب أن تتغير مظاهر الاضطراب حيث يفس النشاط الزائد، إلا أن ضعف الانتباه والانتقائية قد يستمران، وتظهر في هذا العمر مظاهر الفشل الدراسي عند نحو 58٪ من الطلاب. كما أن 25- 30 ٪ منهم يهاجرون صعيوبات واضحة في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، من مثل سلوك المنحرف. وفي محاولة من هؤلاء المراهقين للحصول على قبول الآخرين هم، بعد يتجهون للارتباط مع أقران لديهم مشكلات مشابهة، مما قد يقود إلى التجزؤهم في سلوكيات تهدد حياتهم أو حياة غيرهم، فقد يلاقون لتعاطي المخدرات أو الكحول أو أي سلوكيات معارضة أخرى.

ومع الأسف فإن 73٪ من المراهقين الذين لديهم ADHD يتركزون المدرسة قبل الانتهاء من المرحلة الدراسية التي هم بها. وتظهر مظاهر الاكتئاب عند العديد من هؤلاء المراهقين كذلك ضعف الثقة بالذات، والصورة العمر متاسبه من سمات مؤكدة بذلك ضعف إمكانية النجاح المستقبلي أو استمرار الدافعية للمعونة للدراسة أو حتى كسب أصدقاء الآخرين لهم اجتماعياً (ADHD2, 2004).

طبيعة الصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والتشتت الزائد

تهدر مشكلة عدم الانتباه للتعلمات الصعبة وللأعمال المدرسية، المطلوبة لساعة بشكل كبير بين طلاب المراحل الابتدائية. فقد بلغت في العديد من الدراسات ما يقارب 16٪ مما تشير إلى أن العديد من تلاميذ هذه المرحلة يهاجرون صعوبة في التركيز أو تشتت المواصل عن القيام بالأعمال الصعبة، مما قد يقود بدوره إلى الفشل التعليمي والإعاقات في المولد الدراسية.

وقد أشارت الدراسات على أن 280٪ من التلاميذ الذين لديهم ADHD تظهر لديهم مشكلات الإعاقات في الأداء الأكاديمي وإعادة الصفوف الدراسية والتحويل إلى فصول التربية الخاصة أو الانسحاب والتفصل من المدرسة

وحتى الدراسات التي أجريت على فئة من الطلاب الذين لديهم مشكلات في الانتباه لكنهم لم يشخصوا رسمياً بأن لديهم هذا الاضطراب، أشارت إلى أن هؤلاء الطلاب واجهوا مشكلات وصعوبات تعليمية على مدى السنوات الدراسية اللاحقة لهم في المدرسة كصعوبات القراءة أو الرياضيات أو صعوبة الاستيعاب والفهم، أو صعوبة استكمال الوقت أو غيرها من صعوبات التعلم الشائعة (Rabiner, 2002).

ويتبين في هذا الجزء من الفصل استمرار صعوبات الأكاديمية والمالية التي يمكن أن تظهر لدى الطلاب الذين لديهم ADHD.

أولاً الصعوبات اللغوية

في دراسة قام بها رايسر وزملائه (Rabiner et al 1999) حول الصعوبات التعليمية التي يواجهها الطلاب في المرحلة الابتدائية حيث كانت تقوم الدراسة على متابعة التغيرات الأكاديمية لمجموعة من الأطفال تمت متابعتهم خمسة سنوات لاحقة من السنوات الدراسية في المرحلة الابتدائية وقد ظهرت مشكلات أكاديمية واضحة لدى الأطفال خاصة في التحصيل القرائي، حيث كان أدائهم متدنياً في هذا الجانب مما يشير إلى أن مشكلات الانتباه قد تكون مؤشر لحلول صعوبات في القراءة لاحقاً لدى الأطفال في حال ما لم تعالج متابعتها.

كما أن نفس الباحثين أجروا دراسة أخرى عام (2000) على 620 طالب وطالبة من طلاب المرحلة الابتدائية في 8 مدارس في الولايات المتحدة حيث تم تقييم التحصيل الأكاديمي في نهاية العام الدراسي في القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة من خلال معلمهم بعد تطبيق مقياس كونه للكشف عن وجود مشكلات ضعف الانتباه وقد أشارت النتائج إلى تدهور مستوى القراءة بنسبة 76٪ لدى الطلاب الذين ظهرت لديهم أعراض ضعف الانتباه مقارنة من لم تظهر لديهم الأعراض كذلك بالنسبة للغة المكتوبة فإن أداء الطلاب الذين ظهر لديهم ضعف انتباه كان متدنياً بنسبة 92٪ عن

الأقارب المعاصرين، وقد أكدت هذه الدراسة على ضرورة التدخل المبكر لعلاج جوانب الضعف في الانتباه لدى الأطفال الذين تظهر لديهم أعراض هذا الضعف في سن مبكر، كما أكدت الدراسة على أهمية التركيز في حالة الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه على الأسباب التي تقود للضعفات الأكاديمية وليس على الصعوبات الأكاديمية ذاتها.

وشهد أيضاً تايروشي وكوهين (Tirosh & Cohen, 1998) على أهمية التدخل المبكر لعلاج المشكلات والقيود التي تقود للضعفات المتعلم في الدراسة التي أجريها على هيئة من 3208 طالب وطالبة ممن تم تشخيصهم باستخدام مقياس لضعف الانتباه والنشاط الزائد، وذلك بهدف فرز الطلاب الذين يعانون من أعراض هذا الاضطراب، حيث ظهر أن 5٪ من أفراد العينة لديهم أعراض هذا الاضطراب، وبتطبيق مقياس تقييم اللغة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم مشكلات في التوافق، فقد ظهر أن 45٪ من لديهم ADHD لديهم صعوبات لغوية، كما تبين أيضاً تظهر لدى البنات أكثر من البنين. وقد أشار الباحث إلى أن الصعوبات اللغوية الغير معالجة ترتبط بشكل كبير بالصعوبات الأكاديمية في المجالات اللغوية، لذا فإن التقييم المستمر للجوانب اللغوية للأطفال الذين يعانون من ADHD يشكل جزءاً هاماً بالنسبة لتعليم هؤلاء الأطفال، خاصة وإن الصعوبات اللغوية ترتبط بالصعوبات الأكاديمية في جانب الوظائف الأكاديمية.

ويذكر بأن الارتباط بين الصعوبات اللغوية للأطفال الذين لديهم ADHD قد ورد في العديد من الدراسات حيث لفتت بعض الدراسات الانتباه إلى أن ضعف المهارات اللغوية كضعف اللغة التمريرية أو اللغة الاستيعابية وكذلك الذكاء اللغوي المنخفض يترافق غالباً مع هذا الاضطراب.

وقد أكد هذه النتائج ساكنيس وداف (McInnes, et. al, 2003) في دراسة أجروها على 77 طالب تتراوح أعمارهم بين 9-12 سنة ممن تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD فقط و 18 يعانون من ADHD مصحوب بصعوبات لغوية و 19 لديهم صعوبات لغوية فقط بدون ADHD، و 19 أعزروا لا توجد لديهم أية مشكلات حيث تم تقييمهم من خلال اختبارين أحدهم للاستماع مع الفهم، والآخر

لاكتشاف الأخطاء في B قطع للفرصة، فقد أثبتت نتائج اختبار الاستماع مع المعلم بأن جميع الأطفال الذين لديهم ADHD في حصة الدراسة كان لديهم أقل بكثير من بقية الأطفال في البنية الضابطة في شرح ما تم فهمه من القطعة المستعارة، إلا أنهم كانوا يظهرون أداء مقارب للعاديين والفضل من الطلاب الذين لديهم مشكلات لغوية فقط أو ADHD مصحوب بمشكلات لغوية حيث توجه لهم أنشطة محددة حول ما تم الاستماع له

كذلك بالنسبة لاكتشاف الأخطاء في المقطع اللغوية، فإن الطلاب الذين لديهم ADHD كان أدائهم أضعف بكثير من أداء الطلاب في البنية الضابطة، وأفضل من الطلاب العاديين الذين لديهم مشكلات في إكمال للهام الدراسية وبمساعدة مهارات الاستماع للمعلومات المقدمة التي قد تقدم في التعليقات القصية والدروس أو المقطع لغوية

وبذلك هذه الدراسة الطولية بين ضعف مهارات الاستماع في المراحل الدراسية الأولى وتأثيرها على التحصيل الأكاديمي المتمي في المراحل الدراسية اللاحقة، وتؤكد أيضا على ضرورة الانتباه إلى جانب الفهم والاستماع لدى الطلاب في التعليمات القصية والمعلومات المروضة من المعلم لتلافي حدوث عجز في الاستماع يقود إلى خرجات تعليمية ضعيفة (الزحشيري، 2007) (www.guilbooks.com)

ثانياً صعوبات الرياضيات

العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD لديهم صعوبات في التحصيل بدسري المناسب لهم في العديد من المجالات الأكاديمية بما فيها مادة الرياضيات. ومن المشكلات الشائعة في الرياضيات لدى هؤلاء الأطفال المشكلات المرتبطة باستيعاب مفاهيم الرياضيات، واستيعاب الحقائق الأساسية لاستكمال حل المشكلات بالوقت المناسب، كذلك استخدام الاستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات الرياضية بفعالية. كما أن تخطيط الحقائق الخاصة بالجمع والطرح وجدول الضرب وأصل وأطول ما يستهلك الطفل الذي لا يعاني من ADHD، وهذا بدوره يؤثر على التعلم اللازم للمشيريات الأعلى من الرياضيات والمعلومات التقية

وتد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب الذين لديهم ADHD يبدون أداء أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتتناسب مع المستوى الأكاديمي المردي، المناسب للطلاب، وعندما تقدم لهم تقنية راجعة مستمرة حول أدائهم كذلك عندما تكون نتائج أعمالهم ظاهرة ومربطة بعملهم وحين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتعليم دروس الرياضيات لم تستخدم اللصص والأصليب للثيرة، فإن ذلك يشهد انتهاء لأطفال يحصل على تحسني أدائهم الأكاديمي (Rabener, 2005).

وفي الدراسة التي أجراها بينديتو وسانوك (Benedetto & Tannock 1999) لتعليم مهارة القيام بالحسابات الرياضية للأطفال الذين لديهم ADHD مقارنة مع الطلاب الذين لا يوجد لديهم أعراض ADHD، حيث أجريت الدراسة على 14 طفل تم شحيمهم على أن لديهم ADHD، 13 منهم ذكور و 2 إناث، إضافة إلى 15 طالب وحالة لا يوجد لديهم ADHD وكانت تتراوح أعمارهم جميعاً من 7 سنة وسبب انعدام متفاوتة بين المجموعتين، حيث قلعت مهارات حسابية للطلاب في بيئة التجريبية والضلطة خلال 18 دقائق، مرة قبل استخدام أي علاج دوائي مع المجموعة لتجريبية، ومرة أخرى باستخدام علاج دوائي كالميتالين مع المجموعة لتجريبية ومد حسبت مهارات الأطفال في الاستجابة الصحيحة على مسائل متعقدة تشمل جمع وطرح، كما حسبت مستوى الدقة في الاستجابة، وعدد الأخطاء والسلوك المصاحب وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

- 1 العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD كان أدائهم أقل من أقرانهم العاديين في مادة الرياضيات حتى وإن كانوا في نفس مستوى الذكاء.
- 2 يعتمد لأطفال الذين لديهم ADHD على إجراء عمليات الحساب باستخدام أصابع اليد وليس على الذاكرة.
- 3 يعاني العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD من مشكلات في فهم مفهوم لاستلاف بشكل مناسب، وهي مهارة تتطلب مهارات أساسية مثل التمثيل الذاكرة والانتباه الذي يشكل جانب ضعف لدى هؤلاء الأطفال، لذا يقترح الباحثان تدريب المعلمين على كيفية توجيه وتفسير تلك الجوانب لدى الأطفال.

4 استخدام العلاج الدوائي يقلل من استخدام أصابع اليد في إجراء العمليات الحسابية ويساعد في استخدام الباكورة، كذلك يقلل من أعطاء عمليات الطرح إلا أن الدواء لا يحسب مشكلة عدم فهم مفهوم الاستلاف

5 يحتاج الأطفال الذين يعانون من ADHD إلى وقت أطول من الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب لحل المشكلات الرياضية، خاصة في الاستلاف، كذلك تقلص عدد المسائل التي تقدم لهم في الواجبات والاختبارات مقارنة مع أقرانهم الآخرين في الفصل الدراسي، ويقترح الباحثون تحديد ذلك في البرنامج التربوي الفردي للأطفال.

6 على الرغم من أن استخدام الدواء قد حسن من أداء الأطفال الذين لديهم ADHD في الانتباه، إلا أن التحسينات الرياضية، إلا أن التحسين لم يعالج صعوبات الرياضيات التي يعاني منها الأطفال، تلك الصعوبات يبقى حلها في برنامج الطفل الفردي واستخدام أسلوب علاجي تدريجي مناسب معها.

وفي دراسة أخرى أجريت لهدف مقارنة الأداء الأكاديمي للأطفال الذين لديهم ADHD (سوء المزوج) أي الأطفال الذين لديهم أعراض نشاط زائد وانفعالية إضافة إلى عدم الانتباه، مع أداء الأطفال الذين شُخصوا على أن لديهم ADHD من نوع عدم انتباه فقط. أشارت الدراسة إلى أن الصعوبات المرتبطة بالنوع المزدوج كانت أكثر من تلك التي تواجه لدى الطلاب الذين لديهم مشكلات انتباه فقط، وذلك فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية، إلا أن الأطفال الذين لديهم مشكلات انتباه فقط كانوا أكثر عرضة للمشكلات المرتبطة بالوظائف الأكاديمية.

لأن الأطفال الذين يعانون من مشكلات انتباه فقط ADD يعانون من صعوبات منطوية في التحصيل في مادة الرياضيات، ويرى الباحثون بأن صعوبات الانتباه لدى هؤلاء الطلاب تتعارض مع قدراتهم على تكوين أنظمة دمجية مختصرة خاصة لاكتساب مهارات الرياضيات الأساسية في الصفوف الابتدائية. ويبدو بأن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه فقط، حين يكونون في سن مبكرة، لا تظهر عادة هذه المشكلة واضحة لديهم لعدم ارتباطها بمشكلات سلوكية، بما قد لا يحثهم لاهتمام لتقديم متابعة خاصة لهم، لذا فإن هؤلاء الأطفال قد لا يتمكنوا من اكتساب

لمهارات أساسية اللازمة للرياضيات والتي يحتاجونها لحاصل لاحتفه وتتميز هذه الدراسة توجيه الأكتيه للأطفال الذين يتون أداء أكاديمي منخفض في مهارات الرياضيات وإجراء اختبارات مبكرة للوظائف الأكاديمية لتلك المهارات، لتجيب الصعوبات الأكاديمية التي قد تواجهه لاحقاً (Marshall, et al, 1997)

هذا وقد سعت دراسات عديدة إلى تقدير نسب انتشار صعوبات تعلم الرياضيات عند الأطفال في مرحلة المدرسة الابتدائية، فوجد باجين (Badian, 1999) وجروس نشر وماتور وشايف (Cross-Tsur, Manor & Shalev, 1996) ومن قبلهم كوسك (Kuse, 1974) أن نسبة انتشارها عند الأطفال في هذه المرحلة تتراوح من 6٪ إلى 7٪ وعلى الرغم من أن هذه التقديرات يبدو مبالغاً فيها نظراً لاعتلاف تعريفات صعوبات تعلم الرياضيات فقد اقترح عدد من العلماء أن نسبة انتشار هذا الاضطراب عند الأطفال والمراهقين والشيوخ تتراوح بين 3٪ إلى 8٪ كما يظهر عدد كبير من الأطفال لمصنعي ضعيف في الرياضيات Poor Achievement in Mathematics

وأظهرت مراجعتي (Geary, 1993, 2004) للقرات أن صعوبات تعلم الرياضيات تشابه في الانتشار مع صعوبات تعلم القراءة واضطراب النشاط الحركي الرائد المرتبط بقصور الانتباه وربما تسهم الصعوبات السمعية (Contribute to the Developmental Deficit) (كصعوبات الذاكرة وصعوبات الأكتيه وصعوبات الإدراك) في إحداث صعوبات تعلم الرياضيات وصعوبات تعلم القراءة كما أظهرت مراجعتي جيري أنه على الرغم من تشابه انتشار صعوبات تعلم الرياضيات وصعوبات تعلم القراءة كما أظهرت مراجعتي جيري أنه على الرغم من تشابه انتشار صعوبات تعلم الرياضيات مع صعوبات تعلم القراءة واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه، المجهت العالمية العظمى من الدراسات إلى دراسة الأطفال ذوي صعوبات تعلم القراءة واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ولم تنبه (لا دراسات قليلة جداً بدراسة صعوبات تعلم الرياضيات.

وأوصحت مراجعتي جيري أن للأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات مجموعة متنوعة من الخصائص وأنهم أيضاً ثلاث أنماط من الاضطرابات المرتبطة هي

النمط الأول الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات الناتج من لصعوب الذاكرة السيمانتية *Semantic Memory*. ويظهر هؤلاء الأطفال ضعف في استدعاء الحقائق الرياضية ومعدلات أخطاء متزايدة في الاستدعاء والاضطراب القدرة على استدعاء الحقائق الرياضية من الذاكرة طويلة المدى. وتفسر المراجعة أن بعض خصائص الاستدعاء السابقة مثل بدء الاستدعاء أن الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات لا يعانون من تأخر نمائي بسيط ولكنهم يعانون من اضطراب معرفي أكبر ومستمرة لفترات عمرية طويلة. وبالرغم من ذلك، طرح جيري في مراجعته دراسات أخرى تفترض أن الأطفال ذوي هذا الاضطراب يعانون من تأخر نمائي مرتبط بعدم طيع مفارف الـ *Counting Knowledge* (على سبيل المثال، استخدام لأصابع اليد)

لما النمط الثاني من صعوبات تعلم الرياضيات والذي أوضحه جيري في مراجعته فهو الإجرائي. ويظهر هؤلاء الأطفال استخدام إجراءات غير تامة لحساب في الحسابات المتعددة *Numerical Calculations* وكذلك يعانون من صعوبات في تسلسل خطوات لتسألة الرياضية خاصة عند إجراء العمليات الرياضية متعددة *Complex Procedures* على سبيل المثال، قوضحت حواسه *Gross-Tau et al.* (1996) أن الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات قادرين على الفهم الأساسي للأعداد والكميات الصغيرة *Small Quantities* إلا أنهم يعانون من صعوبات في الاحتفاظ بالمعلومات الرياضية في الذاكرة العاملة *Keeping Information In Working Memory* ويطبق عمليات الـ *Counting Process* بدلاً من الأخطاء الواردة في صحتهم. وأظهرت دراسات أخرى مثل دراسة *Jordan & Matsumoto* (1997) أن الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات يعانون من صعوبات في حل المسائل الحسابية البسيطة والمتعددة وترتبط الصعوبات الإجرائية بعدم القدرة على فهم الـ *Track of Miss or Losing Counting* وعدم فهم تسلسل عمليات الـ *Counting Process*.

لما النمط الثالث والأخير من أنماط صعوبات تعلم الرياضيات فهو النمط البصري المكاني. ويعاني الأطفال ذوي هذا الاضطراب صعوبات في تمثيل المعلومات

العديدية مكانياً *Representing Numerical Information* على سبيل المثال، يمانون من صعوبات في تحليل اصطلاحات الأعداد في المسائل الحسابية متعددة المصغوف *Multi-Column Arithmetic Problems* وترتيب الأعداد. كما يمانون من صعوبات في الجملالات التي تتطلب مدوة مكانية. مثل المتقدمة وفيهم المكان *Place Values*. وأظهرت الدراسات الحديثة التي أجراها جيري ورملاو أن هذه الصعوبات لا تنجم من ضعف القدرة اللفظية ولكنها ناجمة عن ضعف الفهم لأنظمة العدد العشري *Algorithm*.

وأظهرت المراجعات الحديثة التي أجراها (Lee, Swanson & Jerman, 2006) أن الميكانيكيات المعرفية والعصبية المشغولة عن صعوبات تعلم الرياضيات ما زالت قيد البحث. كما تم يتم اكتشاف الحقائق الحالية مع الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات على نحو دقيق. وربما تمكس الأنماط الخطية من صعوبات تعلم الرياضيات أنماط مختلفة من الصعوبات مرتبطة بالتركيبات العصبية. يوجه خاص منطقة *The Left Basal Ganglia*، والمهاد *Thalamus*، والمناطق الصدغية *Tempora*، والخصية *Occipital*، الجذارية *Parietal* اليسرى. فإصاليه هذه المناطق ربما يربط بصعوبات في حقائق العدد. كما تؤكد الأدلة النيورولوجية الحديثة أن المراكز العصبية مسئولة عن فهم الأعداد منفصلة تماماً عن المراكز العصبية الخاصة بالذاكرة والذاكرة السيميائية والذاكرة العاملة. وقد أعطت هذه الدراسات (المعرفية -عصبية) مهارات نظرية مختلفة للأنماط المختلفة لصعوبات تعلم الرياضيات.

هنا وترجع أهمية دراسة صعوبات الرياضيات وعلاقتها باضطراب ضعف الاكتفاء والنشاط الزائد إلى عدة أسباب منها:

1. شيوخ صعوبات تعلم الرياضيات. فقد أوضحت البحوث والمراجعات التي أجريت في هذا السياق أن نسبة انتشارها تتراوح بين 3- 10.9% وتشابه هذه النسبة مع انتشار صعوبات تعلم القراءة *Dyslexia*، ولولئك الذين يمانون من اضطرابات بالنشاط الحركي الزائد المرتبط بتصور الانتباه. (Geary, 1993; Butler Worth, 2005; Badham, 1999)

2. استمرار صعوبات تعلم الرياضيات في مختلف المراحل التعليمية والتعليمية فقد أوضحت البحوث التي أجريت في هذا السياق أنها اضطرابات مستمرة تبدأ في بداية المرحلة الابتدائية وتبلغ ذروتها في نهاية المرحلة الابتدائية وتستمر حتى ما بعد المرحلة الثانوية (Miller & Mercer, 1997, Rivera, 1997). وقد أظهرت نتائج مراجعة حديثة أجراها جيري (Geary, 2006) أن حوالي 3% - 8% من الأطفال في مرحلة المدرسة الابتدائية أظهروا صعوبات مستمرة في تعلم بعض مفاهيم عدد Number Concept المد Counting، الحساب Arithmetic أو في المجالات الرياضية الأخرى.
3. ارتباط صعوبات تعلم الرياضيات بالعنف من الاضطرابات النفسية الأخرى مثل، رمة صبرج، رمة خرمان، بعض الاضطرابات الوراثية مثل رمة تبرنج، ومرض الصرع، ورملة X، ورملة النفس الأبيض (Gross-Tsur et al., 1995, Shalev et al., 1997).
4. ارتباط صعوبات تعلم الرياضيات بالعنف من صعوبات التعلم الأكاديمية مثل صعوبات القراءة وصعوبة تعلم الكتابة (Geary, 1993)، واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (Shalev et al., 1997, Monnecx, Et al. 2005).
5. عدم الاعتماد الكافي بصعوبات تعلم الرياضيات- فعلى الرغم من تشابه مسبب انتشارها مع صعوبات تعلم القراءة، واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه، ما زال الاهتمام ضعيفاً نسبياً مقارنة باضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وصعوبات القراءة (Geary, 1993, Badham, 1999).
6. ندرة الدراسات الرابطة بين اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وصعوبات تعلم الرياضيات فقط وصعوبات تعلم الرياضيات والقراءة معاً، فقد أظهرت المراجعات الأجنبية الحديثة التي أجريت في هذا السياق وجود عدد قليل جداً من الدراسات الباشة لاضطراب النشاط الحركي الزائد عند الأطفال وذوي تعلم الرياضيات والقراءة معاً، هذا وتعد دراسة اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند الأطفال ذوي صعوبات تعلم

الرياضيات وماترون اضطرابات سلوكية أخرى، مما يترتب عليه تصميم برامج علاجية مناسبة لمعالجة الخلل السلوكي عند الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات. كما تغيد دراسة هذا الاضطراب عند الأطفال في ترويض المدرسين وادريين بالمعلومات التكيفية من السلوكيات المصاحبة لهذا الاضطراب، وبالتالي اختيار الأساليب التربوية المناسبة لتقديم المعلومات لهم، وتصميم الوسائل التكنولوجية المناسبة التي تساعد هؤلاء الأطفال على التغلب على الاضطرابات السلوكية المصاحبة لهذا الاضطراب.

أما على مستوى الدراسات القومية فلا يوجد - في حدود علم المؤلف - إلا دراستين، حاولت إحداهما دراسة هذا الاضطراب عند صعوبات التعلم بوجه عام، وأسفرت نتائجها عن وجود نتائج متناقضة مع الفالية العظمى من الدراسات الأجنبية (عبدللا، 2002) وحاولت الأخرى دراسة صعوبات تعلم القراءة فقط عند لأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي القوي المرتبط بقصور الانتباه (Hussein & Abdelghafar 2006) الأمر الذي يجعل إجراء مثل هذه الدراسات مطلب علمي ضروري.

ثالثاً الصعوبات التنمائية

نقد يرد الاعتماد بهذا الجانب ضمن الدراسات التي تناولت الصعوبات التنموية عند لأطفال الذين لديهم ADHD من عدة زوايا كالتالي:

1. القدرة على التحكم بالذات: Self Control

باركلي (Barkley, 2003) اعتبر أحد أهم الخصائص الأساسية عند الأفراد الذين لديهم ADHD، في خط ضعف الانتباه فقط هو عدم القدرة على التحكم بالذات، لديها مشكلة عدم الانتباه، كما أنه يعتقد بأن اضطراب الانتباه يختلف في خصائصه ومشكلاته عن اضطراب ADHD بشكله المزيج (الاضطراب انتباه مع نشاط زائد والدفاعية).

والفكرة التي يعضها باركلي يمكن تلخيصها كالتالي:

يرى باركلي بأنه أثناء مرحلة نمو الطفل، فإن التأخير والتحكم بسلوك الطفل يتسول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح وشكل متزايد محسناً بقوانين

ومعايير داخلية، والتحكم سلوك الفرد بقواتين ومعايير داخلية هو ما يفعله به التحكم الذاتي. على سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الاندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يعملوا عادة ما يخطر على بالهم، وإن لم يعملوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع عيقة بالوقت، كأن يلقي الطفل بالألعاب على الأرض حين يذهب ويمتدح عند وجود أشخاص مجهزين بشكل مصدر لتهديد، كالأم مثلاً. وهذا يختلف عن موقف طفل أكبر لديه نفس الدافع لتخطيم لعبة ولكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالأعباء الناتجة التالية

- 1 أنه لن يتمكن من الحصول على نفس اللعبة لاحقاً للعب بها لأنه حطمها
 - 2 أن والده قد يهين لأنه حطم لعبة لطفه الجديده
 - 3 أنه سيخسر بالانزعاج لأنه غفل ولعبه
 - 4 أنه سيخسر بالانزعاج لأنه ترك خطبه يخرج خارج السيطرة ويخسر بالإحباط
- وحسب هذا المثال فالطالب يتعلم أن يتحكم وينظم سلوكه على غيره معايير وقوانين داخلية، وليس يتأثر على تهديدات ومواقف خارجية.

ويرى باركلي بأن الأطفال الذين لديهم ADD هم غالباً يعانون من ضعف التحكم باندات ناتج عن أسباب بيولوجية وليس لأسباب تربوية. وكتاج لعدم القدرة على التحكم بالذات فإن بعض من الوظائف والعمليات الأساسية المحددة والمهمة قد لا تنمو بشكل مناسب وقد تشمل ما يلي

- تشغيل الذاكرة Working Memory ويقصد به القدرة على استدعاء عناصر الماضي والتحكم بها في عقل الإنسان حتى تمكن من توقع ما سيحدث مستقبلاً. وهذا إجراء هام للتعامل مع مواقف الحياة اليومية والتي يعتمد باركلي بأنها لا تعمل بشكل جيد عند من يعانون من ADD
- الكلام مع الذات: القدرة على استخدام الكلام الداخلي الموجه ليقود سلوك وأنماط الإنسان، كالتحدث مع الذات الذي يساعد على التحكم بالسلوك وحل المشكلات التي تواجه الإنسان، باركلي يعتقد بأن هذه القدرة تتطور في وقت متأخر وبشكل غير مكتمل لدى الأطفال الذين لديهم ADD

الإحساس بالوقت *Sense of Time* ويشير إلى القدرة على تقدير الوقت المحدد لأداء مهمة والتحكم بسلوك الفرد على ضوء معرفته بذلك الوقت، كان يتمكن الطفل من إنهاء مهمة محددة بوقت مناسب لكي يتمكن من الانتقال لمهمة أخرى. ويعتقد باركلي بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب في جانب الانتباه يكون لديهم لإحساس الذاتي بالوقت معطل مما يمنحهم للأعمال المطلوبة في الوقت المناسب. وقد توصل باركلي (Barkeley, 1997) في دراسته إلى أن صعوبة التحكم في الوقت قد تكون لها عنصر أساسي للمشكلات التعليمية لطلاب الذين لديهم ADHD، ففي دراسته التي أجراها على 12 طفلاً لديهم ADHD و 26 طفلاً لا يوجد لديهم هذا الاضطراب من ثلوث أعمارهم بين 4-6 سنة ولم يخبرهم في استخدام مهام تنظيم الوقت، حيث قدمت لهم مهام يتم فيها استخدام كل 12، 24، 36، 48، 60 ثانية، وأثناء نصف هذه الفترة كانت تقدم مثيرات مشوقة للتأكد من مدى تأثيرها على أدائهم. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلاب الذين لا توجد لديهم أعراض ADHD استطاعوا الاستجابة في الوقت المناسب في الفقرات التي تمت مغلطتهم فيها من الاستجابة، كما أنهم لم يتأخروا بالفترات التي تم عرضها عليهم أثناء العمل، وهو عكس ما ظهر مع الطلاب الذين لديهم ADHD، فحتى عندما قدمت لهم لدوية خاصة لتحسين الانتباه، لم تحسن قدرتهم على تقدير الوقت والاستجابة في الوقت المناسب، مما يشير إلى أن هناك مشكلة أساسية لدى هؤلاء الأطفال في تقدير الوقت قد تكون هي أساس لعدم إتمامهم للمهام المطلوبة في الوقت المناسب، ويؤكد هذا البحث على أهمية تنويع مهارة الإحساس بالوقت وتقديره من خلال استخدام ساحات التوقيت الورقية والرقمية ويطاقتات لفت الانتباه وغيرها من المنبهات التي يلفت انتباه الأطفال لما من خلال المعلم والأهـل.

- سلوكه توجه الأهداف: أي القدرة على تحديد أهداف في ذهن الفرد واستخدام الصور الذهنية لتلك الأهداف لتشكيلها وتوجيهها والتحكم بسلوك الفرد وتوجيهه وهي خاصية مهمة للإنسان لتحديد ما يريد عمله وتحديد الجهد المطلوب والمطلوب للاستمرار في العمل لتحقيق الأهداف، فقد يكون محباً ومحباً على

الإنسان أن لا يتمكن من الاحتفاظ بأعدائه لفترة طويلة في ذهنه. والأطفال الذين لديهم تشتت انتباه يواجهون صعوبة في الحفاظ على الرعدة بالاستمرار بالجهود المطلوب لتحقيق أهداف طويلة المدى.

الاستراتيجيات التربوية العلاجية المقترحة لتصحيحات التعلم عند الطلاب الذين لديهم ضعف الانتباه ونشاط زائد

يذهب المعلمون فوراً عاماً وبارواً كما سبق وأن أشرنا لنجاح الطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف انتباه ونشاط زائد، فمن خلال تعديل البيئة التعليمية وطرق التدريس ونظم استراتيجيات التدخل السلوكي المناسبة لمعالجة مشكلات الأطفال، يساهم هؤلاء المعلمين مع غيرهم من الأخصائيين في تطوير هذه الاستراتيجيات وتعديلها لتتواءم مع حاجات الطلاب، ويتواءمون المعلمين في تنفيذ تلك البرامج فإن نجاح الأطفال في المدرسة قد يكون فيه متحيز. ومن هذا المنطلق فإننا نعتبر المعلمين وتزويدهم بالبحرات اللازمة بعدد من العناصر الخاصة التي يساهم ويشكل معاً في نجاح الطفل في المدرسة. ومن أهم الاستراتيجيات التي يتوجب على معلمي الأطفال الذين لديهم ADHD اكتسابها ما يلي:

أولاً، استراتيجيات التدخل السلوكي

وتعتبر استراتيجيات التدخل السلوكي من أهم الاستراتيجيات المستعملة مع الطلاب الذين يعانون من ADHD للسيطرة على سلوكياتهم غير المناسبة، مما يعود بدوره لتحسن أدائهم الأكاديمي. ففي دراسة لبيسكو ورفاقه (Pisecchi, et al 2001) أجراها على 59 معلماً في المرحلة الابتدائية حيث طلب منهم وصف السلوك الصفوي الذي يؤثر على الأداء الأكاديمي للطلاب الذين لديهم ADHD، وكذلك الاستراتيجيات المستخدمة أو المقترحة لمعالجة تلك المشكلات، كانت استجابة معظم المعلمين تشير إلى تركيزهم فقط وبشكل مستمر على وصف سلوكيات الطلاب الذكور «سلبية»، كالمزحة والمناد وعدم إتباع التعليمات، أما عن الاستراتيجيات المستخدمة التي يمكن استخدامها مع هؤلاء الأطفال لمعالجة مشكلاتهم السلوكية، فقد

كانت تميل نحو الطرق التلقائية بين الأسرة والمعلم، حيث هرقت عليهم هذه من لاسرّاتيجيات كالتالي

1. بطاقة الملاحظة اليومية (Daily Report Card (DRC وهو نوع من التدخل يستلزم إشراك الأسرة والمعلمين معاً لتحديد 3-5 مشكلات عند الطفل للمعلم على التعامل معها، ثم يتم تحويل هذه السلوكيات المحددة إلى أهداف يومية خاصة بالطفل كأن تكون الأهداف اليومية للطلاب الذي لديه ADHD كالتالي

- إتباع قواعدي الفصل

- استكمال العمل المحدد للطلاب

- التعامل مع الأقران بشكل مناسب.

ومع نهاية كل يوم دراسي فإن المعلم يعطي الطالب بطاقة درجات لتوضح كيف كان أدائه على هذه الأنشطة خلال اليوم ليقيم بتسليمها لأسرته حيث يحصل الطالب على الحوافز أو يجرم منها يومياً من خلال متابعة الأسرة له جاء في التقرير وهذا الإجراء يعمل أهل متابعين لأداء أبنائهم، كذلك يتيح لهم فرصة مكافأة أبنائهم على ضوء ما يقدموا من أعمال.

2 أسلوب تكلفة الاستجابة (Response Cost Technique (RCT في هذا الإجراء يحصل الطالب على نقاط في الصف عندما يظهر السلوك الإيجابي المناسب مثل (تكملة العمل المطلوب)، ويحسّر نقاط حين يظهر سلوكيات سلبية غير مناسبة مثل (الانزعاج في الإجابة)، ويقوم المعلم بمتابعة سلوك الطالب طوال اليوم وتسجيل النقاط على ضوء سلوكياته، ويمكن للطلاب استبدال النقاط التي حصل عليها من خلال جدول بقيمة الحفيزات التي يمكن الحصول عليها حسب قيمة كل معزز وما يملك الطالب من نقاط.

3. معاينة الكسب الصفية (Classroom Lottery (CL: وهذا نوع من التدخل يعمد على إشراك كل الطلاب في الصف حيث يحصل أي طالب على نقاط على ضوء سلوكه، ويضع المعلم ثكنة مختصرة بالقران للصفية ويشرحها ثم يجبر الأطفال بأنهم قد يكسبوا فرصة للقيام بأعمال صعبة أو مفرحة حسب النقاط التي يكسبونها، ثم يتابع نقاط الطلاب من خلال جدول، والطلاب الذين يتأخرون

يضع أسمائهم في سلة ويضع قائمة بالأعمال الصعبة في سلة أخرى، ثم يسحب اسم طالب بالفرقة ويختار الطالب الذي يذكر اسمه حمل صمي من الأعمال المتاحة، إن أن يحصل كل طالب من الذين تأملوا على حمل صمي

4. الإستراتيجية الرابعة التي حرصت هي استخدام أدوية خاصة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

لم طلب من المعلمين بعد عرض الاستراتيجيات الأربعة الاستجابة لثلاث أسئلة

- كيف تأملوا الطرق الأربعة السابقة من الأساليب العلاجية؟
- إن أي حد يعتقدوا بأنها ستكون مؤثرة في نجاح الطفل؟
- إن أي مستوى من السرعة يعتقدوا بأنها ستكون مؤثرة؟

بالنسبة للسؤال الأول. فإن معظم المعلمين لجأوا بأن أسلوب المتابعة اليومية يعتبر الأسلوب الأفضل

بالنسبة للأكثر تأثيراً وأكثر سرعة فإن غالبية المعلمين يعتقدون أيضاً بأن بطاق المتابعة اليومية ستكون فعالة بنفس مستوى الأدوية الخاصة بضعف الانتباه أو النشاط الزائد، وهو المطلوب الذي يعمل على إشراك الأهل مع المعلم في عملية متابعة وتدريب أبنائهم، مما يشعر الطفل بالأهمية ويحرص على الانضباط في سلوكياته في بيتا مختلفة

وفي دراسة أخرى قام بها كارلسون وثمان (Carlson & Thuman, 2000) حول استخدام الثواب وكلمة الاستجابة في تحسين أداء وفعالية الطلاب الذين لديهم ADHD مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم ADHD، حيث استجابت الدراسة على عدم من لأستطاعة كالتالي.

1. كيف يتأثر أداء الأطفال الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الثواب وكلمة الاستجابة.
2. هل يشير تأثير استخدام الحوافز وكلمة الاستجابة مع الأطفال الذين لديهم ADHD اعتماداً على طبيعة المهام التي يقومون بها؟
3. من يؤثر استخدام أسلوب الحوافز وثن الاستجابة على فعالية الأطفال الذين لديهم ADHD لا متكمال الأعمال المطلوبة؟

وقد شملت عينة الدراسة 44 طفلاً من أعمارهم بين 8 و 10 سنوات، منهم (22) حالاً تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD النمط الزدوج و (22) من الطلاب الذين ليس لديهم ADHD، وقد اشرك الطلاب في أداء مهتين باستخدام الكمبيوتر، وقد شُرح للأطفال كيفية كسب أو خصامرة النقاط على غسوة ومجازاتهم على الكمبيوتر.

وقد أُنشأت النتائج إلى ما يلي:

- تحسن أداء الطلاب الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة، في حين لم يتغير كثيراً أداء الطلاب العاديين.
- استخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة لم يترك أثر على دافعية الطلاب في كلا المجموعتين وقد يكون السبب في ذلك كما حمله الباحثان في الدراسة، بأن استخدام الحوافز أو حلها لا يريد من الدافعية تجاه استكمال المهام، بل لا بد من أن تكون للمهام التي يقوم الطفل بأدائها مشوقة ومحفزة حتى تزداد دافعيته للانجذاب بها.

ثانياً، إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية

كما سبق الإشارة له في المشكلات المرتبطة بمصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين لديهم ADHD، فإن الكثير من الباحثين اعزوا فشل الطلاب تعديماً في بعض المواد لأسباب مرتبطة بوجود اضطراب في الوظائف المعرفية لدى هؤلاء الأطفال وهو ما يؤثر على العمليات العقلية التي تساعد في تنظيم السلوك المعقد المباشر، وتتنس هذه العمليات ونسج الأهداف والتنظيم والسيبب والرورة والمقدرة على تغيير الاستجابة، كذلك فإن تشغيل الذاكرة يعتبر من العناصر العامة في هذه العمليات حيث يمكن للفرد إبقاء المعلومات وحفظها في عقله للاستخدام اللاحق، وبعد هذا البعد من العمليات هاماً جداً لأنه يؤثر بدوره على الجوانب العقلية الأخرى كالسيبب والمقدرة. لقد تم التوصل في العديد من الأبحاث إلى أن اضطراب تشغيل الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم ADHD، قد يكون عاملاً مؤثراً في حدوث المصعوبات الأكاديمية التي قد يراهمها الطلاب، لذا فإن التدخل في هذا الجانب بهدف تحوير الذاكرة لدى الطلاب

الذين لديهم هذا الاضطراب قد يكون له تأثير قاتل في تحسين فرص نجاحهم الأكاديمي

يعلم بان برامج الكمبيوتر التي تكون ممتعة وممتدة بشكل جيد لتلائم مع حاجات وقدرات الطلاب الذين لديهم ADHD، قد تكون بدورها علاجاً لبعض مشكلاتهم الأكاديمية التي يعانون منها، فالدراسة التي قام بها كل من كلينجبرج ورفاقه (Klingberg, et al, 2003) والتي استخدموا فيها برنامج تدريبي على الكمبيوتر لتشغيل الذاكرة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD وي يعانون من اضطراب الوظائف الحسية، كانت عملاً مؤثراً في نجاح وفشل الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب. فقد حصلت هذه الدراسة والتي تم تطبيقها لمدة 5 أسابيع على عينة من الطلاب عددهم 50 طالباً وحالة في عمر 7- 12 سنة، حيث تم استخدام برنامج كمبيوتر من مستويين، مستوى مركز ومستوى بسيط، كلاهما يشمل نفس المحتويات ولكن بصعوبة مختلفة حيث يتم توزيع الطلاب على المجموعتين والتي اختبرت على أداء مرتبط بتشغيل الذاكرة البصرية والسسمية من خلال 20 جلسة كل جلسة ممتدة لمدة 45 دقيقة لاستكمال المهام المطلوبة كحد أدنى، ويتم قياس الفشل إما في كثرة أو لنسبة بالتعاون مع الأسرة. وفي نهاية التدريب، تمت مقارنة أداء المجموعتين في مستوى أقل والموسى الأصعب لتشغيل الذاكرة، وكذلك تمت مقارنة أدائهم مرة أخرى بعد 3 أشهر بدون تدريب، لتؤكد من استمرار النتائج. وقد توصل الباحثون لما يلي:

1. أظهر الطلاب الذين تعرضوا لتدريب على برنامج أكثر كفاءة لتشغيل الذاكرة تحسن أكبر من الأطفال في التجربة التي حصلت على برنامج أقل كفاءة
2. كان أداء الطلاب الذين تعرضوا لتدريب أكثر كفاءة أفضل من الطلاب الآخرين حتى من بداية الوظائف العملية بعد التدريب، وحتى بعد 3 أشهر من التدريب.
3. كانت انطباعات الأهل تشير إلى أن أعراض الاندماجية والنشاط الزائد وعدم الانتباه، لدى الأبناء الذين تعرضوا لبرنامج مكثف لتشغيل الذاكرة، انخفضت عما كانت عليه قبل التدريب واستمر ذلك بعد 3 أشهر من التدريب، خاصة في جانب الانتباه.

4. العروق بين أداء المجموعتين من الطلاب في الأزمات حسب آراء المعلمين بعد التدريب لم تكن تشير إلى أي اختلاف.

وعموماً تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن استخدام برامج الكمبيوتر المعدلة لتقويم الذاكرة عند الأطفال، تساهم في تحسين أداء الأطفال الذين لديهم ADHD، ما وفقت بالشكل المناسب، مما قد يساهم في تقليص مشكلاتهم السلوكية أيضاً، إستراتيجية لتسهيل الانتباه

بالإضافة إلى الدراسات التي اعتمدت علاج صعوبات التعلم لدى الطلاب الذين لديهم ADHD من خلال التركيز على علاج اضطراب المضطرب المعنوية فقد خرجت أيضاً بعض الدراسات المحدودة التي اعتمدت دراسة أثر استخدام إجراءات تقوم على برامج وأنظمة لعلاج مشكلة الانتباه لدى الطلاب. ومن هذه الدراسات، الدراسة التي قام بها سمور كليكان والتي حصل بها على توظيف إستراتيجية تدخل مع الأطفال الذين صممهم معلمهم وآبائهم على أن لديهم صعوبات في الانتباه، فقد شارك في هذه الدراسة 33 طفلاً وطفلة في الصفوف 2 و 6 والذين تم تحييدهم عن أن لديهم ADHD وكذلك 21 طفلاً وطفلة ممن لا يعانون من ADHD، بالإضافة إلى 21 من الطلاب ممن لا يوجد لديهم ADHD والذين يمثلون العينة المضبطة، وقد تم ترشيح الطلاب لهذه الدراسة على ضوء اختيار المعلمين لهم على اعتبار أن

لديهم صعوبات في استكمال الواجبات والانتباه في الصف.

• موافقة الأهالي للاشتراك في البرنامج ليتم تدريب أبنائهم على مهارات الانتباه

ولقد قدم برنامج تدريبي للانتباه للطلاب، بعد انتهاء دوام المدرسة، حيث تنظم مجموعات من 4-5 طلاب مرتين في الأسبوع لمدة 60 دقيقة في كل مرة وهذا 18 أسبوع، واستخدم معهم برنامج (Attention Process Training (APT لتدريب عمليات الانتباه والذي يحتوي على مستويين للانتباه، المستوى الأقل المقدم على التركيز والبقاء في نفس المكان لفترة زمنية محددة.

والمستوى الثاني المقدم على نقل الانتباه من مهمة لأخرى.

وقد شمل برنامج التدريب مهارات لتدريب الانتباه السعي والانتباه البصري، وقد استخدم أدوات تعليمية مبنية للأحرف والأرقام وغيرها وكذلك أنشطة كانت صوتية لبعض الأصوات المختلفة للأحرف والأرقام. واقتطبت من الطفل أن يركز على كم عدد مرات سماعه لصوت لو حرف أو رقم معين، (رحبت دقة لإجابات الصحيحة وسرعة الاستجابة) وقد أشارت النتائج إلى ما يلي.

1 قبل تطبيق التدريب، كان أداء الطلاب الذين لديهم ADHD في المجموعة التجريبية والمضبطة، أقل من أداء الأقران الذين في مستوى الانتباه السعي والبصري.

2 بعد التدريب ظهرت المجموعة المضبطة التي تضم أطفال لديهم ADHD ولم يطيح عليهم البرنامج، أداء ضعيف في مهارات الاتصال مقفولة بأقراصهم الذين لديهم ADHD وكثروا في المجموعة التجريبية. حيث كان أداء المجموعة التجريبية أفضل بعارق كبير كذلك فإن أداء الطلاب في المجموعة التجريبية كان ممتازاً لأداء الطلاب الذين لا يوجد لديهم ADHD، يدل أن أدائهم كان أفضل في جانب لانتباه السعي من الأقران الذين لا يوجد عندهم ADHD في لعبة المضبطة

وبعد النتائج المتشجعة تؤكد أهمية تفعيل التدريب للمهارات الأساسية التي يعاني منها الطلاب الذين لديهم صعوبات تعليمية مرتبطة بمخاوف غلبه كمشكلة لانتباه، وتؤكد على دور المعلم في المساعدة من الاستراتيجيات التطبيقية الأفضل لتدريس أداء الطلاب في تلك المواقف.

وأخيراً، إستراتيجية التحكم البصري Technique Of Staring

أظهرت العديد من الدراسات بأن الأطفال الذين لديهم ADHD يملكون بل عدم الطاعة وإتياع التعليمات أكثر من غيرهم من الأطفال، وخاصة الأطفال الذين لديهم (Oppositional Defiant Disorder (ODD أي اضطراب السلوك العادي، والألية التي من خلالها يتزايد هذا السلوك لدى الأطفال غير واضحة تماماً، لكن هناك نظرية تشير إلى أن الأطفال عادة إذا ما وجه لهم أمر من الأوامر مثل أترك لعبك جانباً فإن العديد من الأطفال حتى الذين لا يوجد لديهم ADHD يقومون برد لمس سلمي

موري للأوامر والأفعال اللذين لديهم ADHD قد تكون لديهم أعراض انسحابية وصعوبات أكبر تحول دون قدرتهم على احتواء وجود أنماط السلوكية. ونتيجة لذلك فإن رد فعلهم السريع يترجم فوراً إلى سلوك عنادي، وهذا قد يؤدي بدوره إلى مشكلات ما بين الأسرة والأبناء، لذا فإن تعلم كمية الحصول على سلوك إيجابي من الأبناء الذين لديهم ADHD يعتبر تحدي كبير للوالدين، ولكنه يعتبر مهماً أيضاً لنجاح الطفل والاستفادة مما يطلب منه لتجديد علاقته وأفاده في الجوانب الاجتماعية والتعليمية وقد استخدمت إجراءات جديدة لعلاج هذه المشكلة منها

- 1 استخدام الأدوية التي تحد من الاندفاعية عند الأطفال، إلا أن هذه الأدوية لم تكن فعالة مع جميع الأطفال
- 2 تدريب الأسر على برامج تعديل السلوك، مثل استخدام صوت منخفض وحازم، تقديم أمر واحد في كل مرة، عدم اللجوء في تفاصيل والتركيز على الاختصار في التعيينات
- 3 التواصل البصري مع الطفل لجعل التعليمات أو الأوامر أكثر فعالية والذي يتم التدريب عليه خاصة في برامج توجيه السلوك وقد أوصت العديد من برامج تدريب الأسرة على ضرورة التواصل والتركيز البصري مع الأطفال أثناء إعطاء التعليمات.

في الدراسة التي قام بها كابلانكا ليختبر إمكانية تحسين استجابة وحاجه الأطفال الذين لديهم ADHD للأوامر والتعليمات عندما تستخدم إستراتيجية التركيز البصري مع الطفل.. حيث اشركت 76 عائلة في هذه الدراسة عن لديهم أطفال يعانون من ADHD وأعمارهم تتراوح بين 5-10 سنوات، وقد تم تقسيم العائلات بشكل عشوائي عن مجموعتين من العلاج.

وكلا المجموعتين تلقوا تعليمات حول كيفية إعطاء أوامر للأطفال بشكل فعال كالتالي

- 1 أن يتم إعطاء التعليمات بعد تركيز البصر على الطفل.
- 2 إعطاء أمر واحد من التعليمات فقط في كل مرة.

- 3 تقديم التعليمات كعبارة مباشرة مثل وضع القلم على الطاولة، لأن بدلاً من استخدام بكرة على شكل سؤال يمكن أن تضع القلم على الطاولة الآن؟
- 4 استخدام بكرة صوت هادئة عند إعطاء الأوامر أو التعليمات.
- 5 تلقيص المشتتات التي يمكن أن تكون موجودة، مثلاً إطفاء التلفزيون عند إعطاء التعليمات.
- 6 تعزيز الطفل على إتباع التعليمات واستخدام خطاب بسيط عندما لا يتبع التعليمات مثلي (الإقصاء - الحرمان).

وبمجموعة الأسرة التي كانت تستخدم لإجراء التركيز البصري بطلبوا تعليمات إضافية بأن ينفذوا إلى الطفل من 20 - 30 ثانية بعد إعطاء التعليمات حتى لو لم يكن الطفل مهتماً منذ البداية، كما تم إعلامهم بأن لا يكرروا التعليمات حتى تنتهي فترة 20 - 30 ثانية، والهدف من أسلوب التركيز البصري هو إشعار الطفل ببدء الأسرة مع عدم تشكيل تعقيد على الطفل كما حصلت عادة حين يرفع الأهل أصواتهم ويهددو الأطفال عند تقديم تعليمات لهم، وقد تم تدوين الأهل على تحاشي نظرات المعصب أثناء النظر للطفل واستبدالها بنظرات جادة حريصة على استجابة الطفل.

وقد استجابت الأسرة لاستشارة حول سلوك الأبناء قبل البدء في التدريب أعدهم باركلي حيث وصف الأهل المشكلات التي يهروا بها مع أبنائهم الذين لديهم ADHD في 16 موقفه مختلف، كما تمت إعادة الاستجابة للاستشارة بعد أسبوعين من تطبيق التجربة على الأسرة في المجموعة التجريبية وتأخير المجموعة الضابطة. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

- 1 كانت نتائج المجموعة قبل التدريب متفارقة حيث تعاني الأسرة من التعهد من المشكلات في إتباع الأبناء للأوامر.
- 2 بعد أسبوعين من التدريب للمجموعة التجريبية على كيفية تقديم التعليمات للابناء بالإضافة لإجراء التركيز البصري ضد كانت استجابات الأسرة التي تدرت نقل على حسن كبير في سلوك الأبناء وإتباع التعليمات، مقارنة مع أسرة المجموعة الضابطة التي لم تبدأ بعد إتباع أي إجراء تدوي مع أبنائهم ونسبة 44%.

3 بعد بدء الأسر في المجموعة الضابطة على تطبيق إجراء كيفية تقديم التعليمات فقط مع الأبناء بدون إجراء التركيز البصري. فقد تحسن أداء الأبناء بسببه 32٪. مما يشير إلى أن استخدام الإجراءين معاً تقدم التعليمات بشكل مناسب وإجراء التركيز البصري يفود إلى إتباع أفضل للتعليمات

وهو جانب هام يساهم بشكل كبير في استغناء الطفل عما يلزم له من معلومات ويحسن فهم اكتسابه للتعليم في حال لم نمسبه على المدرسة والمنزل حيث يمكن أيضاً لاستعانة بهذه الإستراتيجية لتسهيل إتباع الطلاب للتعليمات الصفية والتعبية.

خاصةً، إستراتيجية الإشراك والتعبية (Tutoring)

بالنسبة للأطفال الذين لديهم (ADHD)، فإن النجاح الأكاديمي بشكل عادية مشكلة. وقد أشارت العديد من الدراسات، أن التحصيل الأكاديمي المنخفض يعد و احد من أبرز النتائج لخلل الاضطراب، وقد تكون هناك العديد من الأسباب التي ترجع منها ذلك منها

1 طرق التعليم التقليدية في المدارس الابتدائية، قد لا تحفز التعليم لدى العديد من الطلاب الذين لديهم (ADHD).

2 العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD لديهم أيضاً صعوبات تعلم، وظهور هذه الصعوبات يجعل تعلم هؤلاء الأطفال وإكتسابهم للمهارات، لأكاديمية، الأساسية والمنظوية للنجاح المدرسي مهمة صعبة.

3 كذلك حتى لو لم يكن لدى الطفل صعوبات تعلم، فإن المشكلات الصعبة يمكن أن تسبب في تثويش على اكتساب الطفل للمهارات والمخرجات الأكاديمية، وعلى ما تم تداوله في العديد من الدراسات، لذا فإن الطفل الذي لديه ADHD ولا يتمكن من اكتساب المهارات الأكاديمية المطلوبة منه، كيفية زملائه في الفصل، نظراً لمشكلة الانتباه لديه أو النشاط الزائد والاندفاعية (وليس لأنه أقل ذكاءً)، فإن هذا الطفل يصبح أقل استعداداً للنجاح في متطلبات المصل الدراسي الذي يتحصل به، ولذا تبدأ مشكلات أخرى لديه

أحد المتغفل للمنهج للوقاية من هذا الموضوع من الظهور، قد يكون تحديد الطفل الذي لديه صعوبات لكتابة في الصف الأول الابتدائي، ومن ثم تقديم مساعده المكثفه له حتى يتمكن من اكتساب المهارات الضرورية للنجاح الأكاديمي. لقد تزايدت مشكلات الكتابة لدى الأطفال في إمكانية اكتسابهم للمهارات القراءة المبكرة لهذا طرأ الإشراف والتعلم الموجه والخاص للطفل قد يساعده في تعلم أشياء قد لا يكتسبها لوحده في حالة التقييم الجماعي، مما يعمل على توفير قاعدة مهمة تساعد الطفل في النجاح الأكاديمي اللاحق.

وله ناقشت ذلك دراسة ولينور ومالون ورفائهم (Rubiner & Malone, et al, 2004) والتي هدفت إلى التعرف على أثر الإشراف الخاص والفردي للطفل الذي يعاني من مشكلات الكتابة على تحصيله في مادة القراءة. حيث اشترك 481 طفلاً وطعمة تم اختيارهم للدراسة أعدت بهدف وقاية هؤلاء الأطفال من الإصابة باضطراب سبوك، معارض، وقد تم توزيع الأطفال في مجموعتين تجريبية وضابطة. بحيث أن الأطفال في المجموعة التجريبية يتلقوا مجموعة شاملة من التدخلات صممت لرداه من تطور الفوك المعترض، فيحصل كل طفل على 90 دقيقة في الأسبوع من التعليلات الخاصة بمادة القراءة من خلال 3 جلسات، وقد تم تطبيق قياس القدرة على القراءة قبل بداية العام وبعد نهاية العام لكل طفل، والذي يشمل قياس قدرة الأطفال على التعرف على الأحرف والصوي بأصوات الأحرف وقراءة كلمات بسيطة. كذلك فقد استجاب المعلمون على مقياس قصيري للسلوكيات حول كل طفل في نهاية العام، من ضمنها سلوك عدم الانتباه، وقد كان اهتمام الباحثين في هذه الدراسة على مدى تأثير الإشراف الموجه والخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه في زيادة تحصيله في مادة القراءة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة لما يلي.

- 1 مع نهاية العام الدراسي، فإن الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات في القراءة في الاختبار القبلي ولم يقدم لهم إشراف خاص على الرغم من وجود مشكلات انتباه لديهم خلال العام الدراسي أظهروا تحصيلاً منخفضاً عن بقية الأقران.

2 لأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات قراءة مبكرة ولم تكن لديهم مشكلات انتباه وتلقوا إشراف وتوجيه خاص لم يظهروا أي اختلافات بعد الإشراف مقارنة من لم يقدم لهم إشراف.

3 الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ولم تكن لديهم مشكلات انتباه وتلقوا إشراف وتوجيه خاص لحسوا إلى حد كبير في مادة القراءة مقارنة ببقية المجموعات.

4 الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ومشكلات كبيرة في الانتباه وقدم لهم إشراف وتوجيه خاص، لم يستفيدوا على الإطلاق من الإشراف الخاص، بل استمر أدائهم في مادة القراءة منخفضاً ومماثلهاً تماماً لـ م بنفس الإشراف خاص.

ما تشير له هذه النتائج لا يجب أن يفسر على أنه التلاميذ والمعلمون يجب أن يتركوا عن تقديم الدعم الأكاديمي القوي للطفل، بل يمكن أن تقود هذه النتائج إلى أن يسر التعليم الموجّه أو الخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه ومشكلات أكاديمية وحده هو الذي سيقود إلى تحسّن قدرات الطالب الأكاديمية. وإذا عالج مشكلات الانتباه باستعمال استراتيجيات مناسبة أثناء التعليم الموجّه أو خاص للطفل هو الذي سيحسن من مستوى تحصيله الأكاديمي.

وكمدخل آخر للعلاج من خلال الإشراف والمخاطبة والتعليم الموجّه للطفل، فقد أجريت دراسة أخرى تمت من خلالها مقارنة طرق التدريس التقليدية جماعية في الفصل الدراسي، بالتدريس عن طريق الأقران WTT Classroom wide peer Tutoring لثمانية عشر طفلاً (18) لديهم ADHD في الصفوف من 1-5، حيث يقوم الطلاب بالمساعدة في تدريس موضوع جديد إلى زميل آخر في الفصل الدراسي. ويتم تقسيم الأطفال بشكل عشوائي إلى مجموعتين لتأنيب، وكل طفل من يبادر بتعليم الآخر يعتبر معلم خاص (Tutor) والآخر معلم (Tutee)، ويرود المعلم الطالب الذي يقوم بالتعليم بقائمة من مهام التعليم الخاصة به من 10 مسائل في الرياضيات، وتكون مرتبطة بما يدور من تعليمات في الفصل، ويعمل المعلم الطالب على إكمال النقاط أو المسائل لتتطوّر للمتعلم، والذي يجب أن

يستجيب أيضاً لفظياً، ويعمل المعلم على تغطية مقابل كل إجابة صحيحة ويصحح المعلم المصير. أعطاه المعلم ويمتد الفرصة للتدرب على الإجابة الصحيحة. وفي نهاية الفترة الجديدة للطلاب للاستجابة.

يتم تبديل الأدوار بين الطلاب، ويكون دور معلم الفصل هو التابعة لسفوكيات الطلاب في المجموعات المتتالية أثناء العمل ويقدم المساعدة فقط عند الضرورة. ويضع المعلم نقاط تعزيز للمجموعات المتتالية التي تتبع التعليمات بشكل مناسب. وفي نهاية الجلسة يقوم المعلم بحساب عدد النشاط التي حصلت عليها كل مجموعة، ويتم وضعها في جدول ليحصلوا على مكافأة في نهاية الأسبوع باستبدال النقاط.

وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن 50٪ من الأطفال الذين لديهم ADHD أظهروا تحسن في الأداء الأكاديمي في الرياضيات وكذلك في التهجئة عند استخدام أساليب التعليم عن طريق الأقران مقارنة بالطريقة التقليدية للتعليم من طريـس معلم الفصل.

٩. إرداد حماس و نشاط الطلاب في المشاركة بالأنشطة وللمهام الأكاديمية، كذلك تقلص الانشغال عن أداء المهام عند كلفة للمشاركة.

وهذه النتائج شجع إلى حد كبير على استخدام الأساليب الحديثة في التعليم كأسلوب التعليم باستخدام الأقران مع الطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه ونشاط راك (DuPaul et al, 1998).

دراسات تناولت العلاقة ما بين اضطراب ضعف الانتباه والانشغال الزائد وصعوبات التعلم

١. دراسات تناولت انتشار اضطراب النشاط والانشغال الزائد والتركيز الضعيف بالاضافة بصعوبات التعلم عند عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم

تفترض الدراسات التي تناولت انتشار اضطراب النشاط والانشغال الزائد والتركيز الضعيف بالاضافة بصعوبات التعلم أن نسبة انتشاره مرتفعة على نحو دال عند عينة ذوي صعوبات التعلم مقارنة بغيرهم الأسوياء خاصة أولئك الذين

يعانون من مستويات أكثر شدة من صعوبة التعلم وقد بحث الطيد من الدراسات
سبب انتشار اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بظهور الانتباه عند عيادات
(أطفال - مراهقين - راشدين).

على نحو دقيق أجري مسح شامل للأطفال ذوي نسب الذكاء المتوسطة
و الأطفال ذوي صعوبات التعلم وأظهرت نتائج هذا المسح فروق ملحوظة في
تقديرات النشاط الحركي الزائد بين الأطفال ذوي سبب الذكاء السوية وأولئك ذوي
صعوبات التعلم فقد كانت تقديرات النشاط الحركي الزائد للأطفال الأسوياء
منخفضة جداً مقارنة بالمعدلات المتزايدة في مجموعة ذوي صعوبات التعلم.

ويرى أن العلاقة بين الاضطرابين متزايدة على نحو واضح Is Becoming
Increasingly بين 2.15 و 2.20 من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبات
التعلم سوف يعانون أيضاً من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بظهور الانتباه
وفي دراسة أمريكية أجراها (1986 Seager & O'BRIEN, 2003) (Cited in
Epstein et al استعملت مقياس كوبر المختصر (مبسطة للمدرس) لمقارنة تقديرات
المدرسين للنشاط الحركي الزائد عند عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم مع عينة
أخرى من الأطفال الذين لا يعانون من تزلزل أصواتهم بين 6 إلى 11 سنة وأظهرت
نتائج الدراسة أن 21.4٪ من الأولاد 17.8٪ من البنات في عينة الأطفال ذوي
صعوبات التعلم لونغهام ملحوظاً للنشاط الحركي الزائد عاقلون بالأطفال الذين لا
يعانون من صعوبات التعلم الذين حصلوا على تقديرات 4.4٪ للأولاد و 3.3٪
للبنات.

وفي دراسة أخرى مرتبطة بالدراسة السابقة أجرى (1985 Epstein et al
(Cited in SEAGER & O'BRIEN, 2003) أن نزل فيها الأطفال الذين يعانون من صعوبات
التعلم ويعانون في فئة التباين عقلياً المتباين للتعلم (متوسط سبب ذكاء 69.9٪) مع
الأطفال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم وباستخدام المقياس الفرعي للانتباه
من قائمة مشكلات السلوك والذي قام المدرسون بإكماله أظهرت نتائج الدراسة
فروقاً دالة في تقديرات مرتفعة على نحو ملحوظ على عامل الانتباه مقارنة بالأطفال الذين

لا يعانون من صعوبات التعلم. علاوة على ذلك، عند مقارنة ذوي صعوبات التعلم وجد أن المشكلات المرتبطة بالانتباه مرتبطة على نحو دال مع المشكلات المرتبطة بالعقول والقلق عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم في حين لا تظهر هذه العروى بين المشكلات المرتبطة بالانتباه والمشكلات المرتبطة بالعدوان والقلق عند هيات الأفعال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم.

وأجرى Fox & Wade 1998 (Cited in Seager & O'Brien, 2003) دراسة باستخدام بحث DSM-IV مع الراشدين ذوي صعوبات التعلم والراشدين لأسواء وتكون فريق البحث من مجموعة من الأفراد الأكبر سناً ممن يفرضون الراشدين ذوي صعوبات التعلم معرفة جيدة وأظهرت نتائج الدراسة تقديرات مرتفعة على نحو دال لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عينات ذوي صعوبات التعلم مقارنة بالراشدين الذين لا يعانون من صعوبات التعلم. كذلك أظهرت النتائج أن 55٪ من الراشدين ذوي صعوبات التعلم يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد مرتبط بقصور الانتباه (ADHD) (النمط الانتباهي) و15٪ منهم يعانون أيضاً اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (النمط الفرعي النشاط الحركي الزائد- الاندفاعية). وارتبطت أيضاً نسب الذكاء المنخفضة وجنس المراهقين والعمر بالدرجة المرتفعة على مقياس الانتباهية عند الراشدين ذوي صعوبات التعلم.

وفي دراسة أخرى أجراها O'Brien 2000 (Ibid) بحث مسبق انتشار النشاط الحركي الزائد عند عينة ممتدة مكونة من 148 من صغار الراشدين من تزاروح أعمارهم بين 18-22 سنة من شخصوا بمرحلة الطفولة بصعوبات التعلم. وأظهرت نتائج الدراسة أن تقديرات النشاط الحركي الزائد تزايد على نحو ملحوظ مع تزايد حدة صعوبة التعلم كما حدثت في مرحلة الطفولة.

يرى (Meyers, Calhoun, Crowell, 2000) أن الدراسات التي تناولت انتشار اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عينات من الأطفال والمراهقين والراشدين الذين يعانون من صعوبات تعلم ركزت فقط على ذوي صعوبة تعلم القراءة وذوي صعوبات تعلم الرياضيات وقوي صعوبة تعلم الهجاء دون

نضمين للأطفال الذين يعانون من صعوبة تعلم الكتبية الأمر الذي جعلهم يقيمون بتحليل حصة مكونة من 119 طفل من تتراوح أعمارهم بين 8 إلى 16 سنة في حياتهم لشخص الأطفال. وأظهرت النتائج أن 6% فقط يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعاني 72.6.7% من صعوبات في تعلم القراءة، ويعاني منهم 31.4% من صعوبات في العمليات الحسابية، ويهيئ 30.2% منهم من صعوبات تعلم في المنهج. وعلى العكس تماماً يعاني منهم 65.1% من صعوبات التعبير المكتوب. وتساوي في هذه الفئة نسبة الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم القراءة الأساسية (8.00) مع أولئك الذين يعانون من صعوبات في الفهم القرائي (19.8) وكذلك من عدد الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. يعاني 69.8% منهم من صعوبات تعلم في واحد أو أكثر من المجالات الأكاديمية وعلى 19 النقيض من ذلك أظهر 782.2% من الأطفال من 37 طفل يعانون من صعوبات تعلم اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. كذلك أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق حالة بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم ولولئك الذين لا يعانون من صعوبات التعلم في الانتباه.

وعلى نحو أكثر تحصيلاً أجرت شاليف وجروس نشر (Shaiev & Gross, 1993) دراسة هدفت إلى تحديد بعض التواحي المعينة التي لها تأثير مباشر على قدرات الأطفال المرمية واستخدماً للتحقق من هذا الهدف تم إجراء الدراسة على حصة من الأطفال يعانون من صعوبات تعلم الرياضيات أو الهندسة (n=7) في الصف الثالث الابتدائي من مدرسة حكومية وفقاً لمعيار DSM-III وأظهرت نتائج الدراسة وجود قصور الانتباه بدون نشاط حركي زائد عند (4) من الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم الرياضيات. ووجود مرة صرع عند طفل واحد فقط من بين الأطفال السبعة ذوي هذا الاضطراب ووجود زملة هرسيمان المصحوبة بالنشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند طفل واحد من الأطفال السبعة ذوي هذا الاضطراب. وأخيراً وجود صعوبة حادة في قراءة الأعداد عند طفل واحد من الأطفال ذوي هذا الاضطراب. الأمر الذي دعا الباحثين إلى اعتبار أن النشاط الحركي الزائد قصور الانتباه الحركات الإيجابية صعوبة تميز الأيسر الأيمن

صعوبة الكتابة، صعوبة للقراءة، وصعوبة قراءة الإحصاء والرموز على وجه خاص، وتشبه هذه السمات رسم المخ الكهربائي مع تذبذبات رسام المخ لمرضى دوي بومة الصرع العصبي يجب أن تتضمن في التشخيصات الفارقة للأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات.

وجدت جروس وشير وماثور وشاليف (Gross, Thur, Manor & Shalev, 1996) أن عدد عين من الأطفال يعانون صعوبات تعلم الرياضيات (ن=140) 75 ولداً، 65 بنتاً) من تقاروح أعمارهم بين 11-12 سنة وتراوح نسبة ذكائهم بين 80 إلى 129 على مقياس وكسلر للقياس ذكاء الأطفال أن 26٪ من الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم الرياضيات يعانون اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه، وبعاني 17٪ منهم من صعوبات في القراءة و42٪ منهم يعانون من صعوبات أخرى. وكذلك أظهرت النتائج أن نسبة انتشار صعوبات تعلم الرياضيات عند الأطفال تراوح بين 6٪ وتشابه هذه النسبة مع نسبة انتشار صعوبات تعلم القراءة. نسبة انتشار اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه.

وعلى نحو أكثر حداثة أجرى (Monuteaux, Faraone, Herzig, Navasara, 2005) دراسة على أربعة مجموعات، المجموعة الأولى: عينة لأسوياء الذين لا يعانون من الديسلكوليا (ن=216) وأقاربهم (ن=688) والمجموعة الثانية: عينة ذوي الديسلكوليا (ن=13) وأقاربهم (ن=42)، والمجموعة الثالثة: عينة ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ولا يعانون الديسلكوليا (ن=209) وأقاربهم (ن=658)، والمجموعة الرابعة: عينة ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعانون من الديسلكوليا (ن=125) وأقاربهم (ن=84). وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الديسلكوليا عند الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه تبلغ حوالي 11٪ وهي نسبة مرتفعة على نحو دال مقارنة بنسبة انتشاره عند عينات من الأطفال الأسوياء والتي تبلغ نسبتة حوالي 6٪.

ب. الدراسات التي تتناول العلاقة بين صعوبات التعلم واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط، بقصور الانتباه في ضوء الأسباب

وتفترض هذه الدراسات أن التغيرات المتزايدة لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عيانت من الأطفال والمراهقين والراشدين ذوي صعوبات التعلم بوجه عام والأطفال المراهقين ذوي صعوبات تعلم الرياضيات بوجه خاص ناتجة من عدد من العوامل مثل الوراثة أو وجود بعض الاضطرابات العصبية مثل الصرع أو بعض العوامل البيئية الاجتماعية.

أولاً: العوامل الوراثية Genetic Factors

أظهرت بعض الأدلة وجود ارتباط بين اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وبعض الزملات الموروثة التي تكون فيها صعوبات التعلم بوجه عام عرض أساسي. يميز هذه الزملات فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات التي أجريت في هذا السياق وجود أعراض اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه في زملة ويسر William's Syndrome وزملة Velocardio Facial. كما وجدت تقارير تؤكد حدوث اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عيانت من الأطفال تعاني زملة Smith-Magen's Syndrome وعند عيانت من الأطفال تعاني زملة Fragile X (Seager & O'Brien, 2003).

وسعت دراسة Cited 1997 Sherman, et al in: Willcutt, Pennington, و DeFries 2000) وهي الدراسة الوحيدة التي قسمت فرعا أعراض اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه إلى عاملين العامل الأول عامل اللاتباعية، أما العامل الثاني فهو النشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية وأظهرت النتائج وجود الفروق الفردية في أعراض اللاتباعية والنشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية موروثة إلى حد كبير. علاوة على ذلك، أظهرت نتائج الدراسة أيضاً وراثية مسلوكة دالة لبعدي اللاتباعية والنشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية. ويعد ذلك دليل على تشابه العوامل الجينية المسببة لإحداث الفروق الفردية في أعراض اللاتباعية والنشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية.

ويشك (Willsatt, Pennington, DeFries, 2000) تلك الدراسة في استخدامها حيث صغيرة لبحث سبب الانتباهية والنشاط الحركي الزائد / لاندفاعية الأمر الذي دعاهم إلى إجراء دراسة على عينة (ن=373) من تفرج أعمارهم بين 8 إلى 18 سنة من أزواج التوائم بعاني أحدهم من صعوبات التعلم وطأ لسجلاتهم الموسية وقد حددت أعراض اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه باستخدام التليين التشخيصي الإحصائي لثالث المعدل للأطفال والراهلن. وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط دل بين صعوبات التعلم بوجه عام واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه في أزواج التوائم وبالرغم من ذلك، لا تختلف وراثه أعراض اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه على نحو دل كدالة تحصيل الأفراد (باعتبار أن العالیه القصى من أزواج التوائم بعاني من صعوبات الأفراد) لأزواج التوائم في عينة الدراسة وتؤكد هذه النتائج أن اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه موروث على نحو مرتفع بصرف النظر من وجود أو عدم وجود صعوبات قراة.

أما عن مستوى صعوبات تعلم الرياضيات (المسكلوليا) وعلاقتها بالوراثة باضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه فقد أجرى MOnuteaux, et al. 2005 تحليلات ليلتات من دراسات لعائلات شخصوا بأنهم يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. الدراسة الأولى أجراها Biederman, et al. 1992 على عينات من الذكور يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (ن=140) وأخواتهم (ن=174) ووالديهم (ن=280) وعينات أخرى من الأفراد لا يعانون اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (ن=120) وأخواتهم (ن=129) ووالديهم (ن=209) ممن تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 17 سنة.

أما الدراسة الثانية فاجراها Biederman, et al. 1999 على عينات من الإناث بعاني اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (ن=140) وأخواتهم (ن=143) ووالديهم (ن=274) وعينة أخرى من الإناث الذين لا يعانون اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (ن=122) وأخواتهم

(ن=131) ووالديهم (ن=238) عن تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 17 سنة وبعد استبعاد الأطفال الذين يعانون من صعوبات حس حركية (شلل - عصب - صمم)، دهاش، أو تيريد، الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية، أو من تقع نسب ذكائهم أقل من 80 على المقياس الكمي لقياس وكسلر ثم كون الباحثين أربع مجموعات تشكل مجموعات الدراسة هي

1. عينة الأسوياء الذين لا يعانون من التيسكلوكوليا (ن=216) وأقاربهم (ن=688)
2. عينة ذوي التيسكلوكوليا (ن=131) وأقاربهم (ن=42)
3. عينة ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ولا يعانون من التيسكلوكوليا (ن=209) وأقاربهم (ن=658).
4. عينة ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ويصابون من التيسكلوكوليا (ن=25) وأقاربهم (ن=84)

وأظهرت نتائج لدراسة أن نسبة انتشار التيسكلوكوليا عند الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه مرتفعة على نحو دال مقارنة بنسبة انتشاره عند الأطفال الأسوياء. أيضاً وجدت تقديرات مرتفعة على نحو دال لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ويصابون أو لا يعانون من التيسكلوكوليا مقارنة بتقديرات لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه في أقارب المشاركين متزايدة لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه في أقارب المشاركين ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ويصابون التيسكلوكوليا مقارنة بأقارب المشاركين ذوي التيسكلوكوليا. كما وجدت تقديرات مرتفعة على نحو دال للتيسكلوكوليا في أقارب ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه والتيسكلوكوليا ADHD+DYSCALCULIA ومجموعة ذوي التيسكلوكوليا وأقاربهم مقارنة بمجموعة الأسوياء Control Group، وتشير التقديرات المتزايدة لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه والتيسكلوكوليا في أقارب ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه والتيسكلوكوليا إلى وجود انتقال وراثي للخللين الاضطرابيين.

وتتمتع هذه النتائج مع نتائج دراسة (Farone, Biederman, Lenane, Spencer S. 1993) والتي أجريت لعمل تقييم معرفي وسيكاتري لمئة من الأطفال مكونة من 140 يعانون اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه، وعينة أخرى من الأطفال الأسوياء (n=120) وأخواتهم (n=303). وقد تضمنت هذه الدراسة هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وذلك لاحتمال معاناتهم من صعوبات تعلم الأمر الذي أدى بهم دخول لصفوف القريبة الخاصة وللقي إرشاد تربوي. وبعد تطبيق بطارية اختبارات معرفية (مقياس وكسلر لذكاء الأطفال - النسخة الثالثة للمفتة) واعتبار للتواصل واختبار للاكتساب واختبار بلبلن أظهرت النتائج أن اضطراب التواصل الاكتساب الشديد واضطراب نشق تنبؤات على نحو دال بالأداء المعرفي مقارنة بالأداء على مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عند عينة ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. كذلك أظهرت نتائج الدراسة وجود اضطرابات معرفية مترابطة بين أخوة Sibling لأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه مما يعطي مؤشراً جيداً على الاضطرابات العرفية في زملة اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ربما تكون رمة موروثة.

ثانياً العوامل المسببة (تلف المخ في مرحلة الطفولة المبكرة) أو في مرحلة ما قبل الولادة) *Prenatal / Early Childhood Brain Damage*

بعد تلف المخ في مرحلة الطفولة المبكرة أو مرحلة ما قبل الولادة سبباً أساسياً لكن من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وصعوبة التعلم فقد فُوتت نتائج بعض الدراسات وجود ارتباط قوي بين تلف المخ قبل الولادة مع اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. وفُوتت دراسات أخرى أن نقص الأوكسجين Hypoxia أو الأوكسيميا Anoxia أو ما يعرف بنقص أكسجين أنسجة المخية مرتبط على نحو دال مع التكرار الأكبر Greater Frequency لقصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد. ووجدت دراسات أخرى ربطت بين النضج قبل الأوان (الأطفال الجائرين) وتعرض الأم لإدمان الكحوليات وتعرضها المستمر

للتدخين في مرحلة الحمل واضطرابات النشاط الحركي الزائد المرتبط بحدود الانتباه والاضطرابات المعرفية (Seager & O'Brien, 2003).

الكاتب: الصرع Epilepsy

أظهرت نتائج بعض الدراسات التي أجريت في هذا السياق تقلبات متزايدة للصرع في فئة ذوي صعوبات التعلم بوجه عام والأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات بوجه خاص. فقد أظهرت نتائج دراسة شاليف وجروميسكو (Shaliev & Gross-Trust, 1993) التي أجريت بهدف تحديد التواحي العصبية التي لها تأثير مباشر على قدرات الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات (n=7) من وجود اضطراب قصور لانتباه بدون نشاط حركي زائد عند 4 من الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات، ووجود نسبة صرع صغيرة عند طفل واحد فقط من أطفال العينة، ووجود أمراض وعلة مرستمان النمائية للمصعوبة باضطراب النشاط الحركي الزائد مرتبط بقصور الانتباه عند طفل من أطفال العينة، وانعكاس وجود صعوبات حادة في قراءة الأعداد عند طفل واحد من أطفال العينة، الأمر الذي دعا الباحثين إلى اعتبار أن نشاط حركي الزائد، قصور الانتباه الحركات الإرادية، صعوبة تغير الأيسر-الأيمن، صعوبة الكتابة، صعوبة للقرآن، بوجه عام وصعوبة قراءة الأحكام والرموز الرياضية بوجه خاص، وتشبه في صفات وسمات المخ الكهربائي للمرضى ذوي الصرع الصعري عيب في تنظيم في التشخيصات المتفرقة للأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات.

وبوجه عام أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال ذوي التوحد، المعوية الصعبة أكثر عرضة لإظهار أعراض اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (Seager & O'Brien, 2003) وعلى نحو أكثر حداثة، أظهرت مراجعة (Williams, 2003) أن الأطفال الذين يعانون من الصرع يظهرون صعوبات تعلم، وعلى الرغم من أن الأطفال الخاصة من صعوبات التعلم غير محددة الانحياز الأكاديمي الحاد عند جنس من الأطفال تعاني الصرع تشمل الأداء الضعيف في الرياضيات والتهجئة. وكتابة الإملاء، القراءة الفهم القرائي، والمصروف الخاصة يظهر الفصل اندراسي على نحو كبير عند صيات من الأطفال ذوي الصرع العرضي

Symptomatic Epilepsy فيما تؤكد دراسات عديدة على وجود التحصيل الأكاديمي السوي عند عينات من الأطفال ذوي الصرع الأمل خطورة أو شدة Low Severity Epilepsy. وبالرغم من ذلك أظهرت نتائج دراسة مقارنة لعينة من أطفال ذوي الذكاء المتوسط ويمانون صرح مع عينة أخرى من أخصائهم الأسواء تلميذات أكبر مما كنا نتوقعه للاهتمام بمراكز التربية الخاصة. وكذلك أظهرت نتائج دراسة أن الأطفال ذوي الصرع يحصلوا على درجات منخفضة على نحو دال في التحصيل الأكاديمي مقارنة بأخصائهم الأسواء. كما لم ترتبط التغيرات الطبية بالصرع مثل لحظ النبوة، هجر بداية النبوة، وتكرار النبوات مع النتائج المعرفية العصبية Neuropsychological وأظهرت نتائج دراسة تيمية لعينة من الأطفال يمانون الصرع لم تتغير حتى مرحلة المراهقة أو المشكلات التربوية استمرت بالرغم من تلقي الأفراد علاجاً طبيياً رعت النبوة أو اختفت التشنجات.

وفيما يتعلق باضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عينات من الأطفال ذوي الصرع، فقد أظهرت مراجعة (Williams, 2003) أن مشكلات الانتباه موجودة عند أطفال الصرع حتى إذا لم يشخص الطفل بدرى فحرااب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. قسي دراسة حديثة، استخدمت مقياس TOVA لتحديد مهارات الانتباه عند عينات من الأطفال تعاني من صواب صرح جزئية مركبة Complex Partial Seizures ويمانون أو لا يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد. المرتبط بقصور الانتباه وعينات أخرى تعاني من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه، ولا يظهرون نبوات صرعية وعينات ثالثة من الأطفال الأسواء. أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي النبوات الصرعية ويظهرون اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعانون من صعوبة أكبر على نحو دال في الانتباه أو اليقظة Vigilance مقارنةً بالأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. وتلجرح هذه النتائج أن الأطفال ذوي النبوات الصرعية حتى إذا لم يشخصوا بـ ADHD يعانون من مشكلات انتباهية.

وقد أجريت دراسات عديدة لتحديد نسبة انتشار الصرع عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم بوجه عام، ووجدت هذه الدراسات تفاوتاً بسيطاً بين 0.05٪ إلى 1٪. أما الدراسات الباحثة في تحديد معدلات انتشار الصرع عند الأفراد ذوي صعوبات التعلم فقد تبينت تلك النسب وفقاً لمهبة الدراسة. فقد قدرت بعض الدراسات نسبة انتشار الصرع بين ذوي الصعوبات المعرفية المتوسطة Mild Intellectual Disability حوالي 6٪ بينما تبلغ نسبة انتشاره عند متلازمة إريهاية المزمنة For Those Resident In Institutional Care حوالي 40٪. كما يرجع ارتباطه بالوفاة إلى شدة صعوبة التعلم ووجود بؤبؤ صرغي، ولكن استوحش الشائعة قدرت الشكل العام للصرع في فئة ذوي صعوبات التعلم حوالي 20 ٪. مع انتشار مرتفع له على نحو دال في المجموعات العمرية الأصغر سناً.

وعلى الرغم من أن أسباب الصرع في الفئة العامة غالباً متعددة، وفي نسبة كبيرة ما زال السبب غير معروف. أما في فئة ذوي صعوبات التعلم من المحتمل أن يكون السبب لبيولوجي السلول من صعوبة التعلم هو نفسه السبب في حدوث التغيرات النشجية (Wilcox & Kerr, 2006).

وسبب دراسة McGrother, Blaxmilk, Thorp, Haack, Bramford, و (Wisom, 2006) إلى بحث نسبة انتشار الصرع عند عينات من الراشدين (ذكور وإناث، يعانون من صعوبات معرفية Intellectual Disabilities (n=2688) من تتراوح أعمارهم من 20 سنة فأكثر. وأظهرت النتائج أن 620 (25.9٪) من الراشدين الذين يعانون من صعوبات معرفية يعانون من الصرع. وتشابه نسبة انتشار الصرع عند الذكور ذوي الصعوبات المعرفية (25.6٪) مع نسبة انتشاره عند الإناث ذوي الصعوبات المعرفية (26.3٪). وفي كلا الجنسين، سبب انتشار الصرع عند الراشدين ذوي الصعوبات المعرفية مرتفعة على نحو دال عند الراشدين الأصغر سناً (من تتراوح أعمارهم بين 20-39) عن أولئك الراشدين في مرحلة وسط العمر (من تتراوح أعمارهم بين 40-49) وأولئك الأكبر سناً. كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين الراشدين ذوي الصعوبات المعرفية الذين يعانون من جنوب آسيا (نسبة انتشار الصرع لديهم حوالي 26.6٪) عن باقي مجموعة الدراسة (نسبة انتشار

النصر لديهم حوالي 25.5٪. كما تشابه نسب انتشار النقص عند الراشدين ذوي الصعوبات المعرفية الذين يعيشون مع أسرهم *In Those Living With Their Families* (نسبة انتشار النقص لديهم 25.5٪). وأولئك الذين يعيشون في مؤسسات رعاية (نسبة انتشار النقص لديهم 27.5٪) وأخيراً، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة عكسية ذات دلالة بين النقص ومستوى الفهم، حيث يظهر الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الفهم (يقلون 10٪ من عتبة الدراسة) أكثر احتمالاً على نحو دال لمعاناة من نوبات صرعية مقارنة بالأفراد ذوي المستوى الأعلى من الفهم (يقلون 46٪ من عتبة الدراسة) أما الأفراد ذوي الأداء المتوسط من الفهم (يقلون 44٪ من عتبة الدراسة)، فتمرضوا بدرجة متوسطة للنقص (مقارنةً بغير المرضع ودوي المستوى المنخفض من الفهم). وقد غسر الباحثين الانتشار المتزايد بالنقص عند الراشدين ذوي المستوى المنخفض من الفهم في ضوء الإشارات الصريحة لتلف المخ وري، يكون المستوى المنخفض من الفهم ناتجاً عن الاضطرابات المعرفية الدالة *Significant Cognitive Impairment* أو إلى أسباب أخرى مثل مضادات *Anti-Epileptic Medication*.

رابعاً العوامل البيئية - الاجتماعية *Socio-Environmental Factors*

على الرغم من وجود ارتباط بين الاضطراب والنشاط الحركي الزائد المرتبط بظهور الانتباه ببعض العوامل البيئية الاجتماعية مثل انخفاض المستوى الاقتصادي - الاجتماعي والعلاقات الأسرية والإهمال أو الإهمال في مرحلة الطفولة و الانفصال أو الفقد المبكر *Early Later Separation* كشفت الدراسات الارتباطية والسببية أن هذه العوامل عبر معروفة عند عينات من الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ج. دراسات تناولت العلاقة بين النشاط الحركي الزائد (المرتبط بظهور الانتباه وصعوبات التعلم من خلال العلاج بالمطهر النفسية الفهم مثل المثيل فهذه

يتلقى العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بظهور الانتباه والأطفال ذوي صعوبات التعلم بوجه عام علاجاً طبياً يحسن من انتباههم ويقلل من سلوكهم الحركي. وقد أوضح مسح حديث أجري في المعاهد القومية 998، (Cited in: Lerner, 2000: 239) أن العلاج الذي كان يصممه الطبيب

نابت عند حوالي 96.4% لكل الحالات التي تعاني من اضطراب النشاط الحركي الرائد المرتبط بقصور الانتباه أو الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم بوجه عام، كما أوضحت المراجعة أن العلاج الطبي النموذجي هو ذلك الذي يسيطر على النشاط الحركي الزائد ويهد من السعة الانتباهية، ويقلل من الاندفاعية والسلوك العدواني بدون إحداث أرقى أو فقدان شهية أو كسل أو أي تأثيرات سامة أخرى.

وفي محاولة لاختبار فعالية العقاقير النفسية المبنية على الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد ويصان من قصور في الأداء الحسي، وجد كارلسون وبهام ومونسون وجنر (Carlson, Peiharn, Swanson & Wagner, 1991) أن تناول الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه الذين يعانون من مشكلات في الرياضيات لمقلل الميثيل فينيدات Methylphenidate حس من سرعتهم لمريء، كما حسن من دقة أدلتهم على المهمة الحسابية مقارنة بأداء لأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه الذين أخذوا على نعم ضعيف على المهام الحسية وتناولوا عقار البلاسيو (عقار وهمي).

يرى دي بول، ويلوكلي وملاك يري (Cited 1991, Du-Paul, Barkely & McManis m. Lerner, 2000: 240) أن البحوث الحديثة التي تناولت بالمراسة تأثير العقاقير النفسية على الأداء الأكاديمي عند الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الرائد المرتبط بقصور الانتباه أن هذه العقاقير تؤثر على الفتح من خلال زيادة استشارة للجهاز العصبي المركزي. كما يعتقد أن هؤلاء الأفراد لا يتجنبون المواصلات العصبية الكافية داخل المخ التي تقوم بدور نقل الرسائل أو المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى عبر التشعبات أو نقاط الاشتباك وتعمل المجهات العصبية على فهم إنتاج لمواصلات العصبية الكيميائية اللازمة لإرسال المعلومات من جزء للفح إلى أجزاء من المخ تتعامل مع الانتباه.

وفي المراجعة الشاملة للدراسات التي أجريت على استخدام العقاقير في علاج صعوبات التعلم واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه لدر ألدان وكيفرس (Cited in Kirk & Gallagher, 1989, Addelman and Conners, 1977) (195) أن الأدوية النفسية أحياناً يكون لها تأثيرات قصيرة المدى Short-Term

Effects وبالرغم من ذلك وبعد سنوات قليلة افترض ليفي (Levy 1983 (Poiré أن استخدام المنهجيات ليس له تأثيرات طويلة المدى أو قصيرة المدى على الأطفال.

كما أظهرت دراسات عديدة (Cited in: Safer & Allen 1976: 25) أن العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يواجه عام الذين تلقوا علاجات منهجية لتحسين انتباههم. ما زالوا يظهرون تأثيرات تعلم بعد Learning. بالإضافة إلى ذلك يستمر التأخير الأكاديمي للأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد الذين يفتقون عقاقير نفسية منهجية لسنوات طويلة.

وعلى أكثر حدة وأكثر تحديداً أجرى (Grizenko, Bhan, Schwartz, Ter-Stepanian, Jacober, 2006) دراسة هدفت إلى تحديد ما إذا كان الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعانون من صعوبات التعلم. يستجيبون على نحو مختلف لمقارنات فيزيائية مقارنة بالأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه فقط (ن= 95، 81 ذكر و 14 أنثى) من تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 12 سنة. وبعد تشخيص الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV واستخدام اختبار التعديل واسع المدى للتلاميذ الناطقين باللغة الإنجليزية واختبار Test de Rendement Pour للتلاميذ الناطقين باللغة الفرنسية لتشخيص ذوي صعوبات تعلم القراءة وقوي صعوبات تعلم الرياضيات ودوي صعوبات تعلم الرياضيات والقرنفة معاً وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعانون من صعوبات تعلم يحصل على سب ذلكا منطقتة على نحو ما مقارنة بالأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ولا يعانون من صعوبات تعلم. كما أظهرت نتائج الدراسة أن أعراض الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعانون من صعوبات تعلم في الرياضيات لا يظهرون تحسن في الاستجابة لعلاجات لتهديدات مثل أعراض الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ولا يعانون من صعوبة تعلم في الرياضيات. ويجب أن نلاحظ أنه نتيجة في الاختبار للاختلاف في الاستجابة العلاجية لمقارنات فيزيائية عند

الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ويصابون من صعوبات تعلم بوجه عام مقارنة بالأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ولا يعانون من صعوبات التعلم. وبمكي أن يصر ذلك في ضوء الدرجة المرتفعة للاختلاف التنموي عند الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات

كما أظهرت نتائج دراسة لنفس الباحث أن عدد الاستجيبين لمقار MPH بين التلاميذ ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه وبمايون من صعوبات تعلم الرياضيات أكبر على نحو دال مقارنة بملوكك الذين لا يعانون من صعوبات تعلم الرياضيات. ويؤكد الباحث أيضاً أن وجود صعوبات تعلم في الرياضيات أو عدم وجودها يتأثر في الاستجابة لمقار MPH

د دراسات تلقت النتائج بين صعوبات التعلم بوجه عام وصعوبات تعلم الرياضيات بوجه خاص واضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه في ضوء الخصائص الفيزيائية والبيئية

تعرض للتحليلات التي أجريت في هذا السياق أن الأطفال يعانون الكثير من الأخطاء الحسية، مثل الأخطاء الاستراتيجية أو الأخطاء الإجرائية (صعوبة استرجاع الحقائق الرياضية أو صعوبة إجراء العمليات الرياضية) ليس بسبب صعوبة خاصة في الرياضيات ولكن بسبب صعوبة انتباهية أكثر عمومية.

وبالتن من جهة هذا القرض، فحمت شليف وروبتش وجروس نشر Shalev, Asorach-Gross-Tzur, 1993 القصص السلوكية والانتباهية لميل من الأطفال في الصف الرابع الابتدائي تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية هي المجموعة الفرعية الأولى مجموعة الأطفال ذوي الديسكالكون (ن= 26 '94 ذكر' 68 أنثى).

المجموعة الفرعية الثانية. مجموعة الأطفال للمرددين على حياتيات الطب النفسي (ن= 167 '275 ذكر' 108 أنثى)

المجموعة الفرعية الثالثة الأطفال الأسوياء (ن= 105 '50 ذكراً، 55 أنثى). وبعد تطبيق فائسة ملاحظة سلوك الطفل التي توشم بتقدير المشكلات السلوكية

للمصاحبة للأطفال من تتراوح أعمارهم بين 4 إلى 18 سنوات. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الديسكلتكوليا والأطفال المبردين على عيادات الطب النفسي والأطفال الأسوياء في المشكلات الانتباهية، فكل من الأولاد والبنات في مجموعة ذوي الديسكلتكوليا يعانون على نحو ذال من مشكلات انتباهية كثيراً على نحو ذال مقارنة بالأطفال في مجموعة الأسوياء. تم قسم الباحثين لأطفال في مجموعة ذوي الديسكلتكوليا النشائية إلى ثلاث مجموعات فرعية وفقاً لتقسيم وورك وزملاءه كالآتي:

مجموعة ذوي الديسكلتكوليا النشائية ويمثلون من صمحات في الفقرة (ن) = 10)، ومجموعة الأطفال ذوي الديسكلتكوليا النشائية ولا يعانون من صمحات في الفقرة (د = 10)، ومجموعة ذوي الفيسكلتكوليا النشائية وتزيد نسبة دكانهم المنطية على نسبة الذكاء الفعلية بمعدل 10 درجات (د = 9). وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات بين الأطفال في المجموعات الثلاثة في المشكلات الكلية ظهرت فروق ذات بين لأطفال في المجموعات الثلاثة في الانتباه والمعدون

وفي محاولة للتحقق من نتائج الدراسة السابقة أجرت شاليف وآخرون (Stullev, 1996) دراسة مقارنة للجوانب المعرفية والسلوكية والانتباهية عند صمحات من الأطفال تعاني الديسكلتكوليا النشائية وحين أخرى من الأطفال الأسوياء وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي الديسكلتكوليا النشائية غالباً ما يظهرن مشكلات في الانتباه ومشكلات ضمنية مثل القلق بالإضافة إلى بعض الأعراض السلوكية (مثل النشاط الحركي الزائد) على نحو ذال

وفي محاولة تالية في هذا الاتجاه بحث جروس نثر وماترو وشاليف (Gross, True, Manor, Shalev, 1996) بعض الخصائص (الجنس - الذكاء - المستوى الاقتصادي - المنهايات الإدراكية اللغوية - اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه - صعوبة التعلم الأخرى مثل صعوبة القراءة) عند عينة من الأطفال تعاني الديسكلتكوليا النشائية (ن = 143) ممن تتراوح أعمارهم بين 11 - 12 سنة وتتراوح نسب دكانهم بين 80 و 129 على مقياس وكسلر المعدل للمناس ذكاء لأطفال. وأظهرت النتائج أن 26% من الأطفال ذوي الديسكلتكوليا النشائية يعانون

من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه، ويعاني 17٪ منهم من صعوبات في القراءة، و42٪ منهم يعانون صعوبات تعلم أخرى.

وبالرغم من وجود اتفاق بين الباحثين على وجود فروق دالة بين الأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية والأطفال الأسوياء (كما يقاس من خلال أعراض الاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه الواردة في (DSM-IV DSM-III) أو كما يقاس ببعض الاختبارات الفرضية المصممة لقياس الانتباه السمعي أو البصري أو التسمي كما في دراسات Rosenk's Studies) وملاءمة والتي أظهرت نتائج أن الأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية ودوي المهارات السليمة سيباً في كل من القراءة والتهجي يعانون من قصور في الانتباه البصري والسمعي ولا يعانون من قصور في الانتباه المعنوي والتسمي (Rosenk, 1993). قد انتهت بعض الدراسات بل تحضي العلاقة لممكنة بين اضطراب قصور الانتباه والاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور انتباه والأعطاء للمتفقه من التحصيل الأكاديمي للتحقق.

هذا أظهرت نتائج دراسة روستنبرج (Rosenberg, 1989) أن الأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية (ن=172) يعانون على نحو طال من مشكلات في الانتباه مقارنة بالأطفال الأسوياء (ن=120) في حين لا تظهر فروق بين الأطفال في المجموعتين في نود النشاط الحركي الزائد والتوافق (العلاقات بين الأصناف).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة وراثية أجرتها شاليف ومانور وكريم (Shalev, Manor, Kerem, 2001) لتحديد العوامل الوراثية والعوامل المعرفية (الانتباه- الذاكرة- القراءة) عند عين من الأطفال يعانون الديسلكوليا النمائية (ن=39) من تراوح أعمارهم بين 10 إلى 14 سنة، وأمهاتهم (ن=10) وأبائهم (ن=22) وأخواتهم (ن=90) وأقاربهم من الدرجة الثانية (ن=16) ومجموعة أخرى من الأطفال الأسوياء. وأظهرت نتائج الدراسة أن 66٪ من الأمهات و 40٪ من الآباء، و 53٪ من الأخوة، و 44٪ من الأقارب من الدرجة الثانية يعانون الديسلكوليا النمائية. كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين الأفراد في المجموعتين في عامل الذكاء أيضاً. أظهرت نتائج الدراسة أن الانتباه كما يقاس بمقياس تشيهر ونديرا هو Wiscar Unk Rating غير مرتبط بوجود أو غياب الديسلكوليا

النمائية. لأمر قلبي دعا الباحثون إلى اعتبار أن الذكاء والانتباه عوامل غير مهمة لصعبد الديقكلكوليا النمائية مقارنة بالعوامل الوراثية.

كما اهتم ليلدي ساي وتومازيك وميسورا ولجين واكورديو (Linsday, Tomozic, Mosowicz, Levine & Accordo, 2001) باختيار فرغ أن الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات يظهرون قصوراً كبيراً في الانتباه ولكن باستخدم قائمة كورنو (اعتبار الأداء المنفذ بالكمبيوتر ككورنو) كشكل جديد من أشكال لقياس هذا المصور عند الأطفال الذين يعانون هذا الاضطراب بوجه عام، أوضحت نتائج دراستهم أن لأطفال ذوي المضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه لا يحصلون على درجات مرتفعة على نحو ذال على الدرجة الكلية (بمجموع الدرجات على أربعة مقياس الفرعية) لقياس الأداء المتصل ككورنو مقارنة بدرجات الأطفال في مجموعة المضايقة، في حين أوضحت نتائج تحليلات التباين الأحادي (ANOVA) على المقاييس الفرعية الأربعة من مقياس الأداء المتصل أن التلاميذ ذوي الديقكلكوليا أحلثوا الكثير من أخطاء الحذف، وأوقات استجابة أقل انساقا مقارنة بالأطفال في المجموعة المضايقة، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين لأطفال في المجموعتين في الأداء على المقاييس الأخرى.

أما على مستوى البيئة المنزلية، فقد أجرت عجلان (2002) دراسة على عبة من الأطفال في النصف الرابع الابتدائي يعانون من صعوبات تعلم (N=24) هدف إلى التعرف على مدى انتشار صعوبات التعلم (قراءة وكتابة وحساب) بين عبة من الأطفال في النصف الرابع الابتدائي (N=372) من خمس مدارس حكومية بمدينة أسود، كما هدلت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين صعوبات التعلم لأكاديمية واضطراب المصور في الانتباه، النشاط المفرط واضطراب السلوك لدى لأطفال ذوي صعوبات التعلم، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق إحصائية ذاتة بين الأفراد ذوي صعوبات التعلم والأطفال الأسوياء في الدرجة الكلية لأضطراب تصور الانتباه- النشاط المفرط ومكوناتها فيما عدا جد الانتباه فلم يحصل فيه الفروق لدرجة الدلالة

وأظهرت نتائج دراسة رباحة (2004) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين لأطفال ذوي الديقكلكوليا النمائية والأطفال الأسوياء في الانتباه السعي في حين لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال في المجموعتين في الانتباه البصري والتصور البصري المكاني

وعلى نحو أكثر حفاقة، أظهرت نتائج دراسة ويانا (2006) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية فقط ولأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية ويانون من صعوبات القراءة والأطفال الأسوياء في الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والتصور البصري المكاني. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية والأطفال ذوي الديسلكوليا النمائية ويانون صعوبات القراءة في الأداء على اختبار التصور البصري المكاني في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال في المجموعتين في الأداء على اختبارات التذكر والانتباه.

كما اهتم حسين وعبد الصلار (Hussein & AbdelGhaffar, 2006) بدراسة صعوبات التعلم المرتبطة بالمضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور لانتباه عند عينة من تلاميذ الصف الخامس الإبتدائي (N= 45: 23 ذكر، 22 أنثى) وعينة أخرى من الأطفال الأسوياء (N= 45: 23 ذكر، 22 أنثى). وأظهرت نتائج تحليلات التباين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في التهجى وصعوبات القراءة

لتلخيص نتائج مراجعة الدراسات

بعد مراجعة الدراسات السابقة التي تم ذكرها في هذا الفصل يمكننا أن نخلص إلى المشكلات والحلول لمشكلة الحركة الزائدة وتشتت الانتباه الصاحبة لصعوبات التعلم لهذا يلي:

أولاً: مشكلات صعوبات التعلم لدى الطلاب الذين لديهم ADHD:

1. يواجه العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD مشكلات تعليمية قد تحول دون إتمامهم للدراسة أو فشلهم الدراسي
2. يعاني معظم الأطفال الذين لديهم ADHD من مشكلات في التحصيل الدراسي وفي الكتابة تبدأ في المراحل الدراسية الأولى وتزداد كلما تم تجاهلها، وترتبط عالياً بمشكلات الانتباه.

3 مشكلات الرياضيات التي يعاني منها الطلاب الذين لديهم ADHD تنصب غالباً على مفهوم الاستلاف وجداول الضرب والتي ترتبط غالباً بمشكلات تشميل الذاكرة.

4 يواجه الأطفال من لديهم ADHD مشكلة في تقدير ومطابقة الوقت، مما يقود إلى ضياع الوقت دون أن ينجزوا العمل المطلوب منهم.

5 مشكلات اللغة عند الأطفال الذين لديهم ADHD، قد تقود إلى صعوبات أكاديمية في الجوانب اللغوية، كالفهم ومشكلات التواصل والتعبير عن الذات.

6 مشكلات الاستيعاب القرائي تصاحب الأطفال الذين لديهم ADHD، كذلك مشكلة الاستيعاب والقوم للتعليمات الصعبة المتتالية.

7 يعاني معظم الأطفال الذين لديهم ضعف انتباه من عدم القدرة على التحكم بالوقت والتي تشمل عدم القدرة على إتباع التعليمات والأنظمة المتعلقة وتفعيلها في الواقع للتحكم في الوقت، كذلك عدم القدرة على توجيه الذات نحو تحقيق الأهداف من خلال استخدام الصور الداخلية المعترنة لتوجيه السلوك مما يقود إلى مشكلات حقيقية في إتباع التعليمات، ونجمل ما هو مطلوب من الطفل.

8 يواجه الأطفال الذين لديهم ADHD مشكلات مرتبطة بتفصيل بالوظائف العملية للمهارات العقلية، وهي قد تقودهم إلى ضعف المخرجات الأكاديمية.

لذا، الحلول المقترحة لعلاج مشكلات صعوبات التعلم لدى الطلاب من لديهم ADHD:

1 ضرورة التدخل المبكر ووضع البرامج التشخيصية والتدريبية المناسبة لمشكلات صعوبات التعلم عند الطلاب الذين يظهر عليهم أعراض تلك الصعوبات في سن مبكر.

2. التقييم المستمر للمهارات النظرية عند الأطفال في مراحل ما قبل الدراسة لاكتشاف جوانب الضعف في تلك المهارات والعمل على تطويرها، لتلافي حدوث صعوبات تعلم أكاديمية لاحقاً
3. مراعاة الفروق الفردية في تقديم النشاطات الأكاديمية للطلاب الذين لديهم أعراض ADHD، تعتبر عنصراً هاماً يساهم في تحسين تعلمهم، كمساعدتهم وقت إجابتي وشرح المفاهيم والعمليات الصعبة الغير واضحة، ومتابعتهم أثناء العمل.
4. العمل على الاستفادة من التقنية الحديثة كبرامج الكمبيوتر في علاج المشكلات المرتبطة بالتعلم كتدريب الذاكرة وتمحيصها لزيادة إمكانية استخدام الطلاب للمعلومات عندما يحتاجونها.
5. بعد تدريب جوقات الانتباه عند الأطفال عنصراً هاماً لتجاربهم وقد يساعد في ذلك التعليمات والوثائق الصعبة المكتوبة والتفكير اليرمي من خلال البطاقات والصور التي توضح للطلاب ما يجب عليه القيام به، وبرامج الكمبيوتر المعدة من المختصين بعرض زيادة الانتباه
6. تبي الطفل الذي لديه ADHD للوقت، من خلال استخدام ساعة توقيت لتحسين انتباه الطفل لإحجاز العمل المطلوب في الوقت المناسب، وكذلك متابعة أثناء العمل وتحديد المهام المطلوبة منه
7. حيث الطفل على استخدامه كما يعرف من معلومات في الوقت المناسب من خلال توجيهه للإجراء المطلوب وعدم انتقاده
8. التقنية الواجبة لأداء الطفل التعليمي في المدرسة والمنزل عنصراً هاماً في توجيه أدائه وتحسينه.
9. تنظيم المعلومات للطلاب بخطوات متتالية وتوجيههم لكيفية تنفيذ كل مرحلة يساهم في توجيههم للأداء الصحيح.

- 10 استخدام أدوات ووسائل تعليمية مجسمة وعمسومة لتحسين الانتباه البصري للطفل ووسائل أيضاً سمعية كالأشرطة التسجيلية لتحسين الانتباه السمعي
- 11 استخدام أسجله التعليم من طريق الأقران لاستثارة حماس واهتمام الطلاب للمادة الدراسية مع استخدام الحوافز
- 12 تجنب استخدام أساليب عقابية ومؤثرة في سلوك التلاميذ من قبل المعلمين والأهمل كالتفريز الإيجائي والتشجيع للطلاب على الأداءات المناسبة، واستخدام الإقصاء والحرمان في حالة عدم الاستجابة أو لاستجابة الخاطئة
- 3 التعاون بين المعلمين والأهمل من خلال استعمال الأساليب الحديثة فائدة سلوك التعزيز مثل أسلوب بطاقة المتابعة اليومية والاستراتيجيات الإيجابية الأخرى والتي تعمل على زيادة الانضباط عند التلاميذ
- 14 تدوين الأهمل والمعلمين على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للطلاب لديهم ADHD مع استخدام التواصل البصري الفعّال (الحشرمي، 2007) (www.gulikids.com)

البرامج التربوية والإرشادية وبرامج التدخل العلاجي للمتعديين الإعاقات

مناهج وفقرات الإحاطات المتضمنة

برامج ومناهج التربية الخاصة

الفصل السابع البرامج التربوية والإرشادية وبرامج التدخل العلاجي للمتطوعي الإعاقات

منهج بلفانيا للإعاقات المتعددة

مقدمة

قام بإعداد هذا المنهاج مجموعة من معلمي التربية الخاصة في إقليم باخارو بألمانيا وقد خضع المنهاج لاختبار دقيق ومكثف على مدى خمس سنوات في نخبة من المدارس المختصة بتعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية وقد اضاف للمرسوم والآباء والأمهات وخبراء-التصوير الأفكار والتوصيات والمقترحات لهذا المنهاج

ويمكن استخدام هذا المنهاج لذوي الإعاقة المتعددة كالإعاقة العقلية مع الإعاقة بصرية أو الإعاقة العقلية مع حالة العمى أو ضعف السمع أو الإعاقة العقلية مع حالة الصمم أو ضعف السمع.

يقسم المنهاج إلى ثلاثة أقسام هي:

- التعليم التطويري.
- مهارات المواد الأساسية.
- مهارات المودة الثانوية.

ومن الأهداف التي يرمي إليها هذا المنهاج تشجيع المعلمين على التفكير والإبداع في المواد التعليمية والتربوية وعلى اختيار أو إعطاء أفكار ونشاطات تناسب الصفوف التي يدرسونها وتناسب الطلاب كأفراد ولتكوين هذه الأهداف قد يحتاج المعلم إلى:

- أن يحس الاختيار من فوائده المقترحات العملية الخاصة بنشاطات فترة الصف.

تخصبر منهاج صمد وخططه التعليمية بما ينمي باحتياجات طلابه ويتلائم مع قدرتهم

يجب أن يسير كل موضوع من مواضيع المناهج وكل فصل من فصوله على نفس مبدأ العليمي، حيث يبدأ ذلك نشاطات بسيطة جداً تعطى للأطفال الصغار وللأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ثم يتجه نحو نشاطات بسيطة جداً أكثر تقدماً هذا، وسيجد المعلمون اهتمام المقترحات الواردة في المناهج نقطة انطلاق لحركتهم وبعدهم وأحاسيسهم نحو أشياء أكثر ملائمة للأطفال الذين يتعاملون معهم.

كما أنه تم تصميم هذا المناهج بحيث يتمكن كل من الأهداف التعليمية والمقصود بذلك أن للمهارات نمواً إلى خطوات أبسط مترجمة من مبادئ أساسية تمهد لمهارات إلى مهارات أكثر تعقيداً للهدف منها الانتقال نحو أهداف لتتعد الحظي مثال:

القراءة - لا يقصد بها مجرد أن يقرأ الطالب كلمات وجملاً، بل أن يقرأ أيضاً الأنياء والحالات والصور والإشارات والرموز

والرياضيات - لا يقصد بها مجرد التعليم القصية للعلوم الرياضية المتقدمة بل يقصد بها أيضاً الجواب الأساسية من الكميات والأعداد.

وفي هذا المناهج ينبغي تقسيم عملية التعليم إلى موضوعات خاصة به المقصود بمصامين هذا المناهج أن تكون مرتبطة بواقع الحياة اليومية وهي في مجملها مصامين مترابطة الجوانب وقابلة للربط بواقع الحياة اليومية والحياة المدرسية والتعليم الجيد هو التعليم الذي ينظر إلى أهمية الشيء باعتباره وحدة واحدة وعلى أهمية العلاقات المترابطة بين أجزائه والتعليم الجيد هو التعليم المنبثق من مصدره الطبيعي وذلك باستخدام حالات حقيقية من واقع الحياة التي يستطيع الأطفال أن يشاركوا فيها بدلاً من إعطاء تدريبات وتطبيقات لا تنمي الكثير للأطفال.

ويمكن استخدام طريقة الخطوة الأولى للتعليم وذلك بتكرار نفس الموضوعات في كل سنة بعد أن يضاف إليها محتويات أكثر توسعاً وتعقيداً أثناء تربية الطلاب بالمهارات والمعارف والخبرات.

طريقة لتعليم مادة الفيزياء

ما الذي ينبغي أن يتعلمه الطالب؟ (مضمون المادة والمفاهيم المتعلم)

كيف ينبغي أن يتعلمه الطالب؟

وكيف يمكن تعليمهم الموضوع على أفضل وجه؟ (الأسلوب)

نظراً للشبه الكبير بين مستويات الأداء الوظيفي للطلاب في أي مدرسة فإنه لا يمكن أن يكون إرشاداً، إن من مسؤولية المعلم الجيد أن يختار أهدافاً ملائمة وضرورية ومفهومة نصف كرسية واحدة ولطالبيه كلفراد

الأهداف في هذا المنهج هي توصيات ينبغي اختيارها حسب احتياجات وقدرات كل طالب على حدة وينبغي أن يترك المعلم أن أمامه مساحة واسعة للاختيار. حالات الأفراد عندما يريد أن يختار أهدافاً ويضع مناهج خاصة تمثل روح الإبداع والابتكار لديه.

التعليم في مدارس المعاقين عقلياً لا يوضح له خطة نهائية مسبقة بل خطة جرتبة لأن الحالات الحقيقية، والأحداث التي تقع في البيئة المحيطة بالطلاب أو الاحتياجات الخاصة التي يهتمهم كلفراد ينبغي أخذها على الفور وطريقة ملائمة كمرس تعليمية لهم

ومعلم الصف هو المسؤول عن تنظيم العملية التربوية في الصف ومن ابتكار ما يجعلها سيرة في مسارها الصحيح وفي جميع الأحوال يعتبر التعاون الوثيق بين أمره التعريف الواحد أمراً جوهرياً لتفعيل هذه العملية.

محتويات المنهج بالفيزياء

يتكون منهج بالفيزياء من ثلاثة مكونات أساسية هي

أولاً: التعليم التطويري

• الناحية النفسية - الحركية وتشمل:

- التحكم بحاسة اللمس في بشرته

- إدراك التلميذ لجسمه

- تطوير وظائف اليد (المهارات الحركية الدقيقة).
- تطوير السيطرة على الجسم.
- التحرك من مكان إلى آخر.
- السيطرة على المهارات الحركية للوجه والقم.

• الإدراك، ويشمل:

- ملاحظة الكبريات (المنبهات).
- كيفية التفاعل مع المنبهات.
- تطوير التناغم بين الحواس.
- تكرار المنبه (الكبر).
- توقع الحافز (الباعث) أو تسبب حلولته.
- ضبط حركة العين/ الجسم.
- تمييز الأشخاص والأشياء وفهم الأوضاع.
- تمييز صور الأشخاص والأشياء والحالات.
- التمييز للقطعي عن معلومات حية
- أدراك الأشكال والألوان والأحجام.
- لمسح نطاق الإدراك.
- توجيه الإدراك.

• اللغة، ويشمل:

- الكلام وسيلة تعبير.
- تطوير الوظائف الحركية لأعضاء الكلام.
- معرفة الطفل أن الكلام طريقة للتعبير.
- الإصغاء للكلام بوعي وإعطاء أولوية التواصل اللفظي.
- التواصل بالألفاظ.

- تمهيد للمهارات النفسية
- التفكير / عمليات التفكير، وتشمل:
 - تطوير الإدراك الحسي الحركي
 - فهم طبيعة الأشياء ووظائفها
 - تطوير الذاكرة والخيال
 - تعلم كلمات مجردة ومفردات محاسة واستعمالها
 - حل المشكلات
 - تطوير الإبداع (أي القدرة على التكوين والابتكار)
 - استعمال المعرفة الحالية في توقع المستقبل
 - تطوير مهارات الحكم على الأشياء وتقييمها
 - تطوير الوعي بعمليات التفكير
- ثانياً: مهارات المواد الأساسية
- مهارات الاعتماد على النفس، وتشمل:
 - ارتداء الملابس
 - آداب الطعام
 - النظافة والأمانة الشخصية
 - استعمال الخدم في قضاء الحاجات
 - السلامة الشخصية
 - الاعتناء بالممتلكات الشخصية
- ممارسة اللعب المنظم وتشمل:
 - اللعب المنظم من أجل الاستكشاف
 - اللعب التخييلي واللعب الرمزي
 - لعب الأدوار

فهم وقبول قواعد واحكام اللعب المنظم

- اللعب باستخدام الدمى

- توليف مكان اللعب المنظم واستخدامه

• العلاقات الاجتماعية، وتشمل:

- تجربة العناية المثبتة على المحبة والوفاء

- الإجابة ومبادلة الاهتمام

- الإجابة ومبادلة التفاعل مع الغير

- العيش مع الآخرين

مراجعة قواعد السلوك الاجتماعي المقبولة

يدم بالعلاقات والمحافظة عليها

العيش مع معاق

تكرين علاقات دون تدخل المدرسة والأسرة

• الأسرة والجوار والمواطنة، وتشمل:

العيش والتعلم في المدرسة

- المشاركة في الحياة المحلية

- معرفة طريقة صنع البيوت وأساليب الحياة

- الانسجام مع الجيران

- التجهيز في منطقة الجوار (الحارة)

- معرفة واستعمال الخدمات والمرافق المحلية

- معرفة واستعمال خدمات العناية الصحية المحلية

- معرفة واستعمال خدمات الطوارئ

- مشاركة في الحياة الثقافية للمجتمع

- المشاركة في الحياة الفنية

• **الطبيعة وتشمل:**

- استكشاف المكونات الطبيعية المحيطة
- استكشاف الأسماء المحلية
- إدراك حقائق الجسم والاعتناء به
- الحياة الصحية
- الانسجام مع الحيوانات
- العناية بالنباتات
- الحياة في بيئة الحقيقة
- الحياة في بيئة القناعة / الصبراء / الجبال
- الاحتمام بالبيئة

التكيف مع أحوال الطقس

الانخراط بالقوانين الأساسية للطبيعة

• **التقنية وتشمل:**

معالجة التقنية في الحياة اليومية

تشغيل الأشياء

- الاستعمال الصحيح للأشياء

- العناية بالأشياء

• **وحي مفهوم السلامة ويشمل:**

- الزمن (الوقت)

- خبرتهم بالزمن

- معرفتهم للغة الزمن واستخدمهم لها

- خبرتهم بالزمن اليومي

- استخدامهم لوسائل شاعتهم على معرفة أوقات اليوم

- إدراكهم للفترات الزمنية الطويلة
- تنظيم نفقات
- وعيهم بتاريخهم القلي
- خبرتهم بالماضي
- الصحوال والاعباب إلى الأمكنة (الانفصال والواصلات)
- نعود التعليم على مؤسسة شركته مع حركة المشجولين الآخرين
- الوعي بسلامة الطريق
- تقديم المسافة والسلوك اللازم
- دور التعليم كممثل جيد
- المشجول في مجموعات
- دور التعليم كمسافر جيد
- استحسان وسائل ذات عجلات
- تحيين وهي التعليم بحركة المرور والإنفصال وحياة الشارع
- وقت الفراغ، ويشمل:
 - تعليم التعليم طرقاً مناسبة للإسترخاء
 - تجربته لنشاطات، وقت الفراغ
 - إدراكه لوقت الفراغ وتطويره لاحتياجات خاصة به
 - سعي التعليم لممارسة نشاطات في وقت فراغه
 - الإستغلال الأمثل لوقت الفراغ
 - قضاء وقت الفراغ مع الغير
- الرياضيات، ويشمل:
 - تطوير الإدراك للكميات
 - التمييز بين العدد والنوع في الكميات

- ترتيب الكميات وطلبها
- المقارنة بين المقادير
- التعامل بالمقادير
- مهارات العد والتسلسل
- الأعداد الطبيعية والأعداد الترتيبية والفرادة
- فهم العلاقات المنطقية
- قراءة وكتابة الأعداد
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بحسب من 1- 10
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بحسب من 1- 100
- التعامل بالتقود
- للقياس
- القراءات وتشمل:
 - فهم المعطيات والأوضاع
 - قراءة الصور (فهم معنى الصور)
 - قراءة الرموز والإشارات
 - دور انقراءة
 - قراءة للكتاب
- الكتابة، وتشمل:
 - حمل علامات
 - إدراك الأمكنة والمساحات
 - استخدام الصور للاتصال بالغير
 - انطباعة
 - تعلم الطفل للكتابة

- لكتلة

ثالثاً: مهارات الحواد الكثرية (الفرحية)

- الموسيقى، وتشمل:
 - معاشة الموسيقى
 - الاستماع الواعي للموسيقى
 - البدء بمعرفة العناصر الأساسية من الموسيقى ومعرفة الآلات
 - استخدام الموسيقى في تكوين حالة نفسية
 - الغناء / النشد
 - استخدام الموسيقى في أوقات الفراغ
- الإيقاعات (الموسيقى والحركة)، وتشمل:
 - اكتشاف الأطفال لأجسامهم
 - تكوين نظرة بالنفس في التعامل مع المكان والأشياء
 - تفسير الموسيقى من خلال الحركة
 - بدء الطفل بالحركة
 - تصميم الاجتماعيات للإيقاعات
- التعليم الفني (الفنون والإبداع)، وتشمل:
 - استخدام جميع الحواس لإدراك البيئة المحيطة
 - الملمس التخيلي
 - النشاطات الفنية والحرف كوسيلة للاتصال والتعبير
 - استعمال الألوان
 - استعمال الأساليب الإبداعية المختلفة
 - البناء بمجموعة من المواد
 - استعمال الصلصال والطين

استعمال أدوات التصوير والتمثيل.

- تطوير فهم الأطفال لعالمهم الخارجي وتدريبهم على التعبير عنه.
- تفسير واستخدام الكثرات (التيارات) المثلية.

• الحرف اليدوية

- البدء بمعرفة الأشياء والمواد.
- تطوير المهارات الأساسية.
- صنع الأشياء البسيطة.
- العمل في الورشة.
- البدء بمعرفة المواد الخاصة.

• استخدام الأدوات

- تعلم الأساليب.
- إكمال المشاريع.
- الوعي بمطالبات العلامة.

• المنسوجات

- البدء بمعرفة المواد.
- تطوير المهارات الأساسية.
- تطوير المهارات الحركية.
- ترتيب المنسوجات.
- النسيج والحياك (المصناعات).
- أعمال المنسوجات (واستخدامها والعناية بها).

• العلوم المثالية، وتشمل:

- العناية بالمترو.
- التعامل مع الطعام.

المهارات الأساسية لتحضير الطعام

- تحضير الطعام البارد
- تحضير الطعام الساخن
- استخدام الأدوات المنزلية
- العناية بالفلايس والديبل
- الوعي بأمن السلامة
- العمل في المنزل والمطبخ دون الاعتماد على أحد

• التربية البدنية وتشمل:

- ممارسة الرياضة الصحيحة لحركات الجسم
- تكييف الحركة حسب السطح
- الاستخدام الصحيح لأدوات الرياضة
- الحركة المصنوعة بالإيقاع
- المشاركة في ألعاب الأطفال
- استخدام الملاعب العامة
- استخدام المساح العامة
- الرقص كمهارة جسدية واجتماعية

(www.gulfnet.ae)

برنامج بورتيفج للتربية البدنية



إن رعاية الأطفال وتربيتهم وتعليمهم واحدة من أكثر المهام التي تعد بمشاركة فيها البالغون إثارة للتحدي والإثبات، ويزداد التحدي الذي يواجه أباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو للمعوقين من التحدي الذي يواجه غيرهم، كما نذكر مسؤولياتهم وتزداد طاقاتها بالفتارة بغيرهم. وبمثل الدعم والمساعدة الإثنان من

وحمل الأسرة مع التلميحات الموقفة. وقد كان مشروع يورتيديج واحداً من النجح البرامج المواجهة مباشرة لاحتياجات أسر الأطفال ذوي الإعاقات. والمركز النظري مشروع يورتيديج هو النموذج الأولي الذي يلعب الدوران في نمو أطفالهم وكل الإجراءات مصممة من أجل تمرير ذلك الدور

وقد نجح النموذج مع أسر تنتمي إلى طباق واسع من الطبقات والطبقات الاجتماعية والاقتصادية. ومن الأطفال الذين خدمت إليهم الخدمات أطفال لديهم حالات إعاقة شديدة التخرج تتراوح ما بين حالات التأخر البسيطة والشديدة.

وقد نتج من خطط يورتيديج عديد من التلميحات التي صممت لتلبي احتياجات الأسر ذات الخصائص الثقافية المتنوعة والتي انبثقت من تجمعات جبرائية محددة. وقد تمحنت تلك التلميحات من دراسات محبة وإصدارات عديدة وتمو واسع في المواد التدريبية والمنهجية

أما أهم ما نتج من النموذج هو المجموعة الكبيرة من التخصصين في رعاية طفل من كرسوا أنفسهم لتزويد الأسر وصغار الأطفال بأكثر الخدمات جودة وتزجج تلك النتيجة أكثر ما ترجع إلى التشريب المعتز الذي قامت به مجموعات في إنجلترا إلى المهنيين بتعلم كيفية تنفيذ النموذج. (موليه، وايت، وروبرت. ج. كليمود، الطبعة لمرة التجريبية، 1993، 21).

تصريف البرنامج

قام العديد من العلماء بوضع تصريفات للبرنامج منها ما يؤكد على الخبرات والممارسات و الأنشطة المحددة للبرنامج فتذكر ليلي كرم الدين (1994) أن البرنامج هو مجموعة من الخبرات المحددة التي يعرض لها الأفراد بطريقة معروفة وهذا بهدف إكسابهم معلومات أو مهارات أو التفاعلات في جانب محدد من جوانب سلوكهم. (كرم، ألدن، 1994، 12).

أما سعدة بهادر (1994) فتذكر أنه مجموعة من الممارسات والأنشطة والألعاب والمواقف والأصاليب التي يمارسها الطفل مع المشرفة خلال يوم كامل من أيام الأسبوع وهذه الأنشطة ترتب ترتيباً دقيقاً مناسباً لمستوى نمو الطفل الذي وضعت من أجله

وسنذكر في قوائم موجهة بحيث تفصل بين الفترة والأخرى قوائم واحدة ويسبق كل فترة فهد لها (بهادر، 1994: 35-38).

كما تؤكد تجوى الصلوي أحمد (2001) على أن البرنامج هو مجموعة من الخبرات المناسبة لخصائص النمو فتذكر أن: البرنامج هو مجموعة من الخبرات التي تنظم معاً من خلال الأنشطة المختلفة وتقدم للطفل في إطار عدد من الوحدات تناسب في مجملها مع خصائص نمو الأطفال وحاجاتهم التربوية بهدف تنمية عمليات التعلم الأساسية وإكسابهم مفاهيم العلوم (أحمد، 2001: 126).

وتد صممت برامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة لإعداد المساعدة للأطفال ذوي التحديات الجسمية أو التنموية ومعلم برامج التدخل المبكر تحصل من الأبناء الأعضاء الأساسيين فريق المتخصصين والذين يهتمون إلى تلبية احتياجات الطفل الخاصة

وتقدم هذه البرامج من خلال المؤسسات الاجتماعية الخاصة بالأطفال وتبحث هذه البرامج عن الإنجابات التي تحقها لكل من الأسرة وأطفالها في آن واحد (Graham green, 1995: 3) (www.TheLessonplanNetworkInc, 2001).

لبرنامج النجاح هو الذي يكون مصحوباً بأسلوب محدد من التعديله، مرصده المستمرة والتي تعمل الطفل يستمر في العمل والتعب من خلال أنشطة البرنامج وتوجه العمل إلى الأنشطة والممارسات السلوكية والتدريب عليها من خلال هدايات التوجيه المستمرة التي تقوم بها المعلمة لتحديد مستوى الطفل من طريق النشاط الذي يمارسه (بهادر، 1996: 26).

وما سبق يمكن القول بأن:

البرنامج هو خطة محددة تهدف إلى تنمية قدرات الطفل وإكسابه مجموعة من المهارات والأنشطة والسلوكيات وفقاً لما يتناسب مع عمره الزمني ومستوى نموه يتخلل ذلك عمليات التوجيه المستمرة لتعريفه على مدى التنس في قدرات الطفل.

وتتلخص جميع هذه الخصائص على أن برنامج التدخل المبكر له الخصائص التالية:

1 - خطة محددة

2. يهدف إلى إكساب الطفل العديد من الخبرات والمهارات والأنشطة
3. تتناسب تلك الخبرات مع مستوى نمو الطفل واحتياجاته
4. يقدم من خلال المؤسسات الاجتماعية الخاصة بالأطفال.
5. يخطط البرنامج على شكل جلسات إرشادية تعليمية قائمة على التفاعلات وممارسة الأنشطة.
6. يعتمد على الشراكة الوالدين بشكل أساسي مع فريق من المتخصصين.
7. تضمن تلك البرامج عمليات تفهيم مستمرة للتعرف على مدى تحسن قدرات الطفل.

تطور البرنامج

تأسس مشروع بورتيديج عام 1969 عن طريق ما كان يسمى آنذاك مكتب تعليم محرقين، ونتيجة للكثير من جهود أعضاء مشروع بورتيديج والأسر التي استعادت به وحرص التدخل المبكر في أنواع متعددة من البرامج م إحصاء دليل بورتيديج للتعليم المبكر ونشره عام 1972 وتمت مراجعة هذا الدليل عام 1976 بناءً على التغذية الراجعة الصالحة التي تم جمعها عن استخدام هذا البرنامج في كافة أنحاء الولايات المتحدة.

وقد تمت مراجعة الدليل مرة أخرى في عام 1996 بحيث يعكس التطور في نموذج بورتيديج خلال العامين الماضيين كذلك ليحسب أفضل الممارسات ابراهة في مجال التدخل المبكر والامتدادة بالتفذية الراجعة لأعضاء فريق العمل مع الطفولة المبكرة وأسره.

(وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة الطفولة المبكرة (بورتيديج)، إرشادات الاستخدام، 1999، 5)

ولد بدأ مشروع بورتيديج في بريطانيا العظمى نتيجة لسلسلة من ورش العمل التي تمت في إنجلترا، وفي سنة 1976 وقد التحق بورش العمل الأدبية هذه ما يقرب من (80) شخصاً وقد نما خطط بورتيديج بدءاً من تلك البداية من أساس العمل المبكر من هؤلاء الحائزين والمشاركين العاملين في رعاية الأطفال ليصبح واحد من أكبر

العظم التي تقدم خدمات لصغار الأطفال من ذوي الإعاقة وأسرعهم في بريطانيا العظمى (مولي وايت، وروبرتسج. كامبرون، الطبعة الحرة التجريبية، 1993، 2)

لقد حقق منهج بورتينج لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة نجاحاً ملحاً منذ أن دخل إنجلترا آخراً من الولايات المتحدة الأمريكية وقد أسس عبر السنوات العشر الماضية أكثر من 200 مشروع عطي لبورتينج في طول البلاد وعرضها، كما أنشئت جمعية بورتينج القومية سنة 1982 كمتمددى للتبادل لأراء ويرجع الطابع المألوف لهذا النمو السريع لبورتينج أكثر ما يرجع إلى كون بورتينج حركة شعبية تنشر من خلال جهود المختصين المحليين والمتمسدين من العامة

ولكن منحة DES للمدمج التربوية للمشروعات التي من نوع بورتينج والتي تنفذها مشروعات بورتينج سنة 1985 حققت الاعتراف الرسمي للاستخدام واسع النطاق للمشروع ولتجاسه الذي لا يحتاج إلى إيهان ولسمته التي أرس دعائمها (مولي وايت وروبرتسج. كامبرون، الطبعة الحرة التجريبية، 1993، 22)

وقد انضمت مجموعة من المعلمين في عدد من مراكز تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على لعبة تنسيق الجهود فيما بينهم لتوفير المواد ولأدوات مستخدمة في العملية التربوية والمتوفرة بلغات أخرى. وعلى ذلك في جبرابر 1991 تألفت مجموعة عمل من ممثلين لمركز هين شمس للتأهيل التابع لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وجمعية الحق في الحياة ومركز سبي التلج لجمعية كلويتاس وبمشاركة معلمين من مكتب هيئة أوكسفام بالقاهرة.

واتفقت هذه المجموعة على أن يكون باكورة عملها هو تعريب برنامج بورتينج لتربية أبكر حيث أن هذه المراكز كانت تستخدم بالفعل فترجات عارضة لهذا الدليل انضمت في معظمها للتدريبي والمواظمة مع ظروف التطبيق في الواقع الخسني إلى جانب عدم اكتمال من حيث شمولها لمكونات البرنامج المختلفة (دليل للاستخدام والبطاقات وجداوي القصص). إضافة إلى ذلك فإن الطبعة البريطانية لعام 1987 والتي تم الاعتماد عليها في هذا التعريب تختلف عن الطبعة الأمريكية لعام 1976 (والتي اعتمدت فترجات أخرى) وتشمل تطويراً بالغاً للنظم الخاص بمجال اللغة، وهو ما قامت الهيئة البريطانية بإضافته جوهرية عليه.

للتسم الخفاس باللغة تضمن جهوداً علمياً في سوائه مع طبعه لطور النطق عند الأطفال المتكلمين بالمرية وهو ما استلهم استشارات عديدة من متخصصي علوم اللغات الفارة والنخاطب (مولي ولبت، وروبرت ج. كامبرون، الطبعة المربة المبروية، 1993: 6).

لم قامت كامبليا بعد الفتاح وأغرون بتصوير وثنية هذا البرنامج سنة 1999 وبشره تحت اسم برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة بوزارة التربية والتعليم.

مصلحة برنامج بورتينج

البرونديج هو خدمة تعليمية لأطفال ما قبل اللوسه، تعتمد على الزياره المنزلية والدم الزائد لاسنيجاتهم واحتياجات ترمهم.

الأسس التي قام عليها البرنامج

يسمى نموذج بورتينج لتحقيق التكامل بين مدخل الأساق الأسرية Family Systems وبين برنامج التدخل الخاص بملاج طفل يوجد في بيئة مبهمة لطور، وتشكل هذا النموذج من أربعة مبادئ رئيسية:

- 1 الأسرة هي التي توجه عملية التدخل.
 - ب. جوهر عملية التدخل هو التفاعل بين الوالدين والطفل.
 - ج. أن النظام اليومي وعادات الأسرة واللعب تشكل انماط حياة الأسرة، وهي الوسيط الذي يتم التدخل من خلاله.
 - د. تسجيل الملاحظات والمخرات الدائرة بين الوالدين وقرين العسل هو أساس المخرات التي تنط في عملية التدخل.
- (وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتينج)، إرشادات الاستخفاف، 1999: 6).

اهداف البرنامج

الهدف من نموذج بورتينج هو:

1. تدعيم نمو ديب الأطفال المخرات الاتصال والملاقة.
2. تشجيع المشاركة الكاملة في الحياة اليومية مع العائلة ومخرج المنزل.

3. لأمان وانضباط في الملأ الأوسع لكل الأطفال والأسر وكذلك حقوقهم حيث أن الدعم المصلي خلال برنامج بورتيدج متني على جيل أن الآباء هم لأشخاص أساسيين في النصية ونمو أبنائهم.
4. يهدف البرنامج لمساعدة الآباء على اكتساب الثقة في هذا الدور مهما كانت احتياجات أبنائهم
5. توليد رئيسية المواد التعليمية الموجودة بالبيئة لتحفيز الطفل الفرص للتدريبات لكل من الطفل والأسرة.

(Herwing, Julia, 1993, 1 9)

ومن أجل عمل هنا فتمت أعمال الزائرين المنزليين بجانب الآباء مساعدة عملية وأفكار لما يلي:

- جس التعليم متعة لكل العاطفة.
- تشجيع اهتمامات الطفل.
- مواجهة المخاوف الصعب حلها.

(www.Portage.Org.UK,2003).

البلات تنفيذ البرنامج

يعتبر برنامج بورتيدج نظام لتقييم حاجات صغار السن ممن يعانون سحرأ في النمو بما فيهم من يعاني من إعاقات حادة في التعليم ثم يتم بعد ذلك بتقييم تلك «مهارات لتي يحتاج الطفل إل اكتسابها ويستلحاق برنامج بورتيدج وفصليته إلى أنه يتقبل دور الزائرين باعتبارهما شخصيات محورية في نمو الطفل وبالتالي يتمركز هذا البرنامج حول عزز والمزارة المنزلية التي تساعد الوالدين بالدعم وتقليل الاستشارات بكلية مساعدة الطفل ليصبحوا أكثر لاعلية كمنرسين في أن يصبحوا من خلال مشاركتهم لأطفالهم في منظومة تعليمية دقيقة تشجيب بطريقة مرنة لحاجات الفرد كما تتميز بالدفعة في تنظيمها

يستند برنامج بورتيدج على أربعة أنشطة رئيسية:

- 1 زيارات منزلية أسبوعية تقوم بها زائرة منزلية معربة.
- 2 أنشطة تعليمية مكتوبة لاسبوعياً ومصممة بصوردة فردية لكل طفل فرد ووالده

3. التثقيف والتسجيل يقوم به اللوائح.

4. إشراف أسبوعي من الزائرة للتزلية

(مولي واهت، وريوت ج. كامبون، الطبعة المخررة التجريبية، 1993: 12-19)

مكونات البرنامج

1. عملية التقييم: يشمل نموذج برينديج على جهود مكثفة لتعريف مؤسسات المجتمع المحلي ببرنامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكات لها على أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمه والأنظمة السائدة وشروط مصادر التمويل وعند الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها. (وزارة التربية والتعليم، دهن برينديج، 1999: 7)

2. التقييم البيني: في كل البرنامج يتم تقييم الأنشطة في بدايتها وتطويعها و لأوضاعها. هذا التقييم يتضمن نظرة واسعة للمصادر، الاحتياجات، والاهتمامات، المشاركين في البرنامج. وقد تم تقييم اليتام للخدمة والتي تتضمن المنزل، الجيران والمجتمع. كما تم دراسة تأثير التشريعات المحلية، القومية والدولية والرعاع الخاصة في هذه البرامج والتي تتضمن التطوير والمساعدة للخدمات للمسنين.

3. التخطيط البيني: تم جمع تقييم المعلومات إلى خطة الخدمات. هذه الخطة يمكن أن تكون خطة للخدمة الأسرية بفرعها، التطوير واتفاقية التقييم الفني، خطة عمل لأسرة أو لخدمات، وخطة أخرى خاصة بالبرنامج. كل الخطة تتضمن أهداف ومبررات وتسلل لتخطيط صممعت لإشجار الهدف والموضوعات

4. تنفيذ الخطة: كل برنامج له نشاطات محددة موزعة لتنفيذ الخطة البينية هذه. الأنشطة تنوع ويمكن أن تتضمن الزيارات المنزلية، خلل خبرات المجموعة للأسرة، التدريب ومناهضة الأنشطة، اجتماعات تعاون الجماعة وقادهم المواد وأشياء أخرى عديدة.

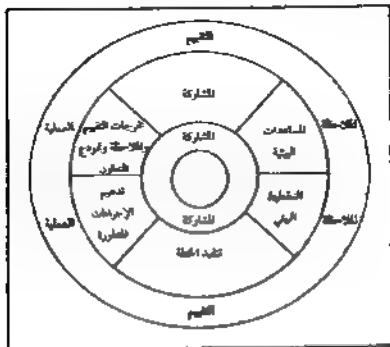
5. تقديم الإجراءات المطلوبة: في كل برامج الخدمات يكون الاتصال المباشر بالمشاركين محدد. تم تصميم البرنامج سواء كان برنامج تدريب أو برنامج خدمة مباشرة حيث يتطلب الانتباه إلى بناء البرنامج الذي يستفي سالفترات المهمة بين الاتصالات المباشرة

6. **حصولية التطبيق.** يتم قياس حصولية البرنامج من خلال إنجاز الأهداف والمخططات المرسومة في خطط برنامج معين مع وضع معايير إحصائية لكل برنامج مستقل. هذه القياسات يمكن أن ترتبط بالتغيرات في البرامج، الأطفال، والأسر.

تنظيم التعلم

إن أهمج كل العناصر الرئيسية للبرنامج هو خلاف تنظيم التعلم وقد تحقق الالتزام بالنمو المستمر في هذه أنشطة منها: عملية التعليم، النمو، المهني، تقديم المشاركة، وغرف للإشراف والمساعدة. (www.Portage.Org.UK,2003)

والشكل التالي يوضح مكونات برنامج البورتيج:



نواحي القوة والضعف في البرنامج

نواحي القوة

يركز النظام من خلال النموذج أساساً على الطفل، فالتقنيات التي يتم جمعها تتعلق بالتغيرات الممكنة التي يمكن أن تحدث في سلوك الطفل.

هذا، وتندمج المزايا الإيجابية المستمرة في النموذج من خلال اجتماعات الممارسين من مختلف التخصصات مع بعضهم البعض ولجتماع الفريق الموجه للعمل، وتوجد الاتصالات وثيقة مع كل الأفراد الذين يهتمون بالتعليم للطفل ويعتبرون به.

وتعمل المسترلة من مهام المشاركة على كل مشروعات النموذج، فكل أعضاء يهتمون الأمور المساهمة موضوع وتناقشون حولها ويتفقون عليها.

كما يفي نموذج بورتينج بروح قانون التعليم في المملكة المتحدة لسنة 1981 ومتطلباته من الأوجه التالية:

1. توفير استراتيجيات تعليمية عالية القيمة للطفل ذو الاحتياجات التعليمية الخاصة في سن ما قبل المدرسة.
2. الحصول على المشورة التربوية لوضعها ضمن أي تقرير عن ما يلزم.
3. ضمان المشاركة الوالدية الفعالة.

ومرارة النموذج تسلي له إمكانية الاستجابة للاحتياجات شديدة النوح للأسرة ولكل طفل على حدة ويمكن بهتة عملاً مشيراً من خلال البرامج التعليمية كما توفر الزيارات المنزلية المنتظمة دعماً وجدانياً للأسرة في المنزل وتعمل كشفاً نظير المعومات بينها وبين الوكالات القانونية، وتوفر التغطية الاسترجاعية من المستهلك بيانات تدخل لتقاربات مستمرة إلى الخدمة، (مولي وبنس، ووبرت ج. كامبرون، الطبعة، للمرة التجريبية، 1993، 26).

نواحي الضعف

استخدم نموذج بورتينج بنجاح مع مجموعات كثيرة في المملكة المتحدة منذ إدخاله سنة 1976، وقبل أن تدعم الحكومة النموذج سنة 1985 أدت المبادرات المستقلة إلى إنشاء ما يزيد عن 150 مشروعاً لبورتينج في مختلف أنحاء البلاد مصممة

كلها كي تقدم لأسر في تربية طفل صغير ذي احتياجات خاصة وقد استخدم النموذج بالإضافة إلى ذلك في المدارس وفي محيط الساكن التي تقدم رعاية داخلية لبعض القصر من النجاش.

وقد تم الاعتراف بقوة النموذج في التطبيق العملي على نطاق واسع ورغم ذلك وكما يحدث مع كل الأفكار الجديدة كان هناك عدد من الصعوبات التي أهدأها كل من المهنيين المتخصصين وغيرهم من العاملين جدياً إلى جنب مع عظمات يورتيديج أنفسهم وقد حدثت تلك الصعوبات الجديدة كل الجهد من تقديم مشكلات صحية لقط البدء الضرورية المادية للتغيير والنمو خاصة في المجالات الآتية

- 1 اكتساب اللغة باستخدام نموذج يورتيديج.
- 2 تعليم الطفل تحديد الإعاقة
- 3 مساعدة الأطفال على فهم المهارات التي تم تعلمها.
- 4 مساعدة الوالدين على الاستجابة للمشكلات الشخصية المتعلقة برعاية طفل صغير محقق

حدث ذلك العمل استجابة مباشرة لمشكلة محددة في منطقة يعينها ومساعد النقد على وجود قوة كافية للتغيير وقد تمكنت إجراءات التقييم المدعومة داخل النموذج والتي تعمل من خلاله من أن يصير حساساً للاحتياجات الكتابية وتعطي سهولة السيرة التي تدمج بها أي تغييرات فالتجربة في مدارس يورتيديج بياناً عملياً من عائلة بنية يورتيديج لتدعيم الأفكار والتطورات الجديدة.

وقد وجهت انتقادات أخرى أكثر عمومية إلى الأفكار الجديدة المدي للتعليم في من ما قبل المدرسة وإلى حكمة رفع التوقعات الوالدية لإمكانيات النمو الكتابية لدى طفلهم (موني وأيمت، وروبرت. ج. كلفورد الطبعة المعربة التجريبية، 1993، 26-27)

المستفيدين من البرنامج

لقد ترهب كل أسرة لديها طفل ذو احتياجات خاصة في من ما قبل المدرسة أن تعطي حق اختبار تعلمه تعليمية من طريق التزوية للتزوية.

ويعمل أن يؤثر حائلان على الاحتياجات المحلية وبعدها.

1. رجوع خدمات أخرى متاحة للسن قبل المدرسي
2. طبيعة مشكلة كل طفل سواء من ناحية الإعاقة أو مشكلات التعلم

وسيلزو توفير خدمة بورتينج كأحدى الخدمات الداعمة في نطاق الخدمات المقدمة للسن قبل المدرسي تأثراً واضحاً على احتمالات اللجوء إلى أي خدمة مقدمة ولكن يهمل أن يؤكد على أن الخدمات التي تقدم دعماً تربوياً منذ ولادة المصابين قليلة وقد ظهر أن احتياجات الأمرة لثلاث السنوات المبكرة من حياة الطفل كثيرة ولقد استعملت خدمات بورتينج على نطاق واسع خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل

ورغم أن الأطفال ذوي الصعوبات الشديدة في التعلم قد شكروا أكبر انجازات التي تلقى دعم بورتينج في المملكة المتحدة فإن نموذج بورتينج مد استخدم في الولايات المتحدة الأمريكية لتلبية احتياجات مجموعة أكثر تنوعاً من الأطفال شمل هؤلاء الذين ترجع احتياجاتهم في البداية إلى الشروط الاجتماعية والبيئية (مولي وايت، وروبرت ج. كليرون، الطبعة المعربة التجريبية، 1993 [109])

الاعتماد على تنفيذ البرنامج

تعتبر خدمات بورتينج التي تقدم للمعوقين متعددة التخصصات مما ينعكس في كل مستويات الخدمة. فزائرات المنازل يأتي من وزارات التربية والشؤون الاجتماعية والصحة وتلقى أعضاء هذه الخدمات والذين لديهم خبرات في التعامل مع العائلات والأطفال برامج تدريبية عملية كي يقوموا بدورهم كزائرات منازل. وتضمن أجهزة تقديم الدعم والمثلة في فريق الإشراف والإدارة عملية المتابعة والرعاية الدقيقة والاستعداد للتدخل في حل أي مشكلات يواجهها فريق الزائرات أما زائرات المنازل فهي عامة من الممرضات ومشتريات الخدمات، الزائرات الصحيات، الممرضات الاجتماعيات، الأخويات الاجتماعيات، أو مطويات من لديهم خبرة مناسبة ويوصي بخصم طبيب معالج إلى هذا الفريق إذا سمعت الإسكانات

فرارات، مدارس التخصصات في علاج عيوب الكلام وفي العلاج المهني وخدمات العلاج الطبيعي كل هؤلاء أعضاء لا غنى عنهم.

وتقول بعض الفروق الإدريية قريباً متعدد التخصصات بأن تحصل موظفين رئيسيين يتولون عدداً صغيراً من الحالات كجزء من العمل المكثفون به ويحدد عدد من ساعات العمل التخصصي يتم فيها لفرق بورتيدج توزيع الأطفال حسب الوقت المتاح، ويتكون كل فريق من إداري ومشرف أو دائرة منزلية كجزء من عملهم اليومي.

يمكن لأي عضو من المشاركين في تقديم الخدمة القيام بدور المشرف وتعد الخبرة في استخدام أساليب التعليم التي يحرصها النموذج أساساً لفرقاً لتولي دور الإشراف ولقد اكتشف الكثير من أعضاء فرق بورتيدج أن الاختصاصات التخصصية التربوية أو المعالجة لديهم تلك الخبرة لكن مطلقاً التربية الخاصة والتخصص في الرعاية الذين يعملون مع المعوقين عقلياً وكذلك المتطوعين الذين لديهم خبرات متساوية كل هؤلاء يستطيعون تولي منصب الإشراف بنجاح.

أما فريق الإدارة فهم المتدربون المباشرون للعاملين في بورتيدج من جميع التخصصات المشاركة والشكل التالي هيبة الإدارة يضم أعضاء من الصحة والخدمات الاجتماعية وإدارات التعليم وكذلك من أعضاء مختلين لأي عينة لأطباء، لأطباء، رؤساء التمريض (يقومون بإدارة تقديم خدمات صحية ورعاية المعوقين عقلياً) ومن المعالجين ذوي الخبرة ومستشاري التعليم والأخصائيين النفسيين التربويين ذوي التخصصات النوعية والمدرسين الأوائل والأخصائيين الاجتماعيين المقدسي ورجوة لأهـاء في هذا الفريق أمر حيوي لأنهم يظهرون أطقمهم المستفيدين من الخدمة (إدارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيدج)، التمدد العملي، 1999، 14-15).

معايير تعليمي المهنيين

كان المعيار الأصلي الواجب وجوده لشغل أي طفل في مشروع بورتيدج يوكوسون أن يظهر الطفل سلوكاً مسلوياً للغاية متفاوتاً مع واحد عند مقارنته بمجموعة من رفاقه في أسد مجالات التنو الميزة عدوله بورتيدج للفحص وله لا يبلد

الرسائل التوجيهية الدقيقة التي يستلزمها النموذج ملائمة في كل الحالات للأطفال الذين يتأخرون قليلاً في الوصول إلى مراحل الحياة المعتادة وقد روي أن تكون سنة واحدة هي أقصى مؤهل للطفل للانتقال بورتينج.

وإذا طبقت التباين سنة واحدة على مجالات كمجالات النمو الاجتماعي أو لغوي اللغة فيحتمل أن ينتج عن ذلك جهود نطاق أكبر من الأطفال المؤهلين للانتقال بورتينج يزيد مما يمكن أن تدعمه الموارد الحالية، ونتيجة لذلك ركز الممارسة في المملكة المتحدة على الأطفال ذوي الظروف المعوقة المعترف بها (مثل زملة هاون) أو الذين يساوي تأخرهم سنة واحدة في أكثر من مجال من مجالات جدول الفحص الذي يعمل في ويسيكس في منطقة صحية تغطي (200000) سنة ويستخدم الممارس العامة أو 15-20 أسرة سوف تتطلب خدمات بورتينج ويعتبر هذه الضمان لأن متعظاً 25-30 أسرة دليل أكثر جيلوي.

ومن الجدير بالانتباه أن احتراف لجنة ولوتوك بأن 720 من السكان يتطلبون مساعدة متخصصة في وقت ما بين الميلاد وسن 18 سنة ففتح الباب لاحتمالات أكثر بكثير لمرء إلى خدمات بورتينج.

والمواصل الأربعة الرئيسية التي يجب وضعها في الاعتبار عند تحديد الأولوية هي

أ. سر الطفل

ب. شدة المشكلة

ج. مدى إلحاح الخدمات أخرى

د. عدد الأسر التي يحتمل أن تتطلب الدعم.

(مولي وايت، وروبرت ج. كامبرون، الطبعة المعربة التجريبية، 1993، 109)

مستويات البرقاص

• جدول فحص بورتينج: أضحى عليها الطابع الإنمائي ووجهت وقد أدمجت لها المواد المتعددة من جدول ويسيكس للتحقق من بورتينج لفحصي اللغة.

• بطاقات بورتيدج: انهي عليها الطابع الإنجليزي وروجعت وقد أدمجت البطاقات المأخوذة من جدول ويسكني المنهج من بورتيدج لصحاح اللغة ضمن قسم اللغة الخاص بالبطاقات الجديدة.

• دليل الوالدين للقراءة المبكرة: روجع لشملة الطبعة الجديدة لبطاقات بورتيدج في شكل كتاب سهل التداول وقد كتب الكتيب وصمم ليخدم هدفاً من لأغراض تعكس ثراء بورتيدج ومرونته.

ونقد الكتيب بالمميزات الآتية:

أولاً: يوفر الكتيب دليلاً أساسياً عملياً لطريقة بورتيدج وكيف تستخدم مواد بورتيدج وكيف بعد مشروع من مشروعات بورتيدج وحيث أن من يستخدمون بورتيدج يشملهم نطاق النوع. يتشر عبر طيف واسع من التخصصات المهنية في مجالات التربية والصحة والمعلمة الاجتماعية، بالإضافة إلى المساعدين من العامة والآباء والأمهات. فقد كتب القليل من قصد بأسلوب مفهوم للعامة

ثانياً: انتشر بورتيدج إلى حد بعيد بواسطة تقديمه عن طريق ورش العمل إذ يعتمد طرق بورتيدج الخفية بصفة متصلة لقاعات لتدريب الزوار المنزليين الجدد ولإشراك الآباء والأمهات حديثي الالتحاق وللمعلمين على استنارة الأفكار الجديدة

ثالثاً: يعكس ذلك الدليل حقيقة أن بورتيدج ليس مجرد برنامج تعليمي قائم على بعض المواد لكنه ناتج مستمر لجميع عدد من الطرق النظرية والمعمدية التي تعني برعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم.

وليس على من يستخدم بورتيدج أن يهتم تلك الخلفية النظرية الأكثر اتساعاً إذا رغب في تحقيق أقصى فائدة من استخدام موله.

• مدخل لتعديل المشكلات السلوكية: يتفحص مدخل واستراتيجيات لتعديل السلوك غير السوي عن طرق استخدام طريقة بسيطة لا تعتمد على تقنية عالية.

• نموذج بورتيدج التعليمي: يوضح هذا النموذج مراحل عملية التعلم وكيفية استخدام الكتب في عملية التعلم لاكتساب المهارات المختلفة. (سولي وبيت، وروبرت ج. كامرون، الطبعة للمرة الثانية، 1993، 122)

جدول بورتينج للفهم

ليس البس في معالجة مشكلة كيف يمكننا أن نعلم صغار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فحتاج إلى معلومات - ما الذي يمكن للطفل أن يفعله لأن وما الذي نأمن أن يتمكن الطفل من فعله في مرحلة مقبلة نتيجة لتعليمنا إياه، ولا نحس عن معلومات تتعلق بمستوى المهارة الحالي للطفل، حيث أنها لا تشير للسط إلى الأهداف التعليمية المرجحة في المستقبل بل أنها قدنا أيضاً بتقييم أولي يمكن أن نأمن عليه التقدم في المستقبل وبعبارة واضحة فلكي يتم تنفيذ تلك الوظائف بفاعلية لا بد أن يتم تركيز إجراءات التقييم المستعملة على المهارات القليلة للسلاطة والمهارة في أهم مجالات نمو الطفل وخاصة مجالات الرعاية الذاتية والتنشئة الاجتماعية واللبس والمجال لإدراك (مهارات ما قبل المدرسة) والحركي

كما يجب أن يكون التقييم مستمراً على عكس ما هو حال الحدث سدي يتم مره وحده ثم ينتهي وفي حالة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في نفس ما ليس المدرس يرجع إلى يتم إدخال مستخدم جدول الفحص القائمة على أساس أحداث النمو الخاصة في حيلة الطفل الحالي أو المتوسط. وجدول فهم بورتينج أداة نموذجية تتبع مثل هذا التقييم وإرساء الأهداف التعليمية.

استخدام جدول بورتينج للفهم

ترجع عند من مجالات النمو الأساسية يمكنك أن تختار منها كي تعلمها للطفل ولما مسائلات هامتان للمدرس والطفل هما:

الكيفية التي ستختار بها المجالات ذات الأولوية، المهارات المستعملة التي نعلمها بعد أن يقع اختيارك على المجال. ولا يمكن الانتقال إلى مجال الاهتمام النهائي - طيف ستعلم مهارات المختارة بنجاح قبل أن نحل حالي المسائل.

• التقييم.

وصف جدول بورتينج للفهم

ينقسم جدول بورتينج للفهم إلى خمسة أقسام رئيسية:

1. التنشئة الاجتماعية

2. الرعاية المنزلية

3. المجال الإدراكي.

4. المجال الحركي

5. اللغة

ترد قائمة المهارات الخاصة في كل قسم بالترتيب الذي يكتسبها به معظم الأطفال ويكون مدتها السنوات الست الأولى من نحو الطفل الطبيعي ويوجد قسم واحد إضافي (لديه الرضيع) يتكون من سلسلة من الأنشطة يمكن أن ينفذها والد أو مدرس الأطفال الصغار جداً في السن أو القرطين في عدم التفج. وتقوم عملية إتمام هذه الأقسام بمدينة بمحاول الفحص يتمكن الوالدين والمعلمين من التعرف على بعض المهارات الجديدة التي ظهرت بواجدها والتي قد يكون الطفل يافتاً في تعلمها

ولكن قسم من أقسام جدول بورتينج للفحص شقوة لومة لزيادة تيسير التوصل إلى مختلف أقسامه، وكل أقسام جدول الفحص مخططة بنفس الطريقة وسهل بالممارسة تصبح كيفية ملء جدول بورتينج للفحص من أجل اكتشاف ما الذي يمكن للطفل أن يملكه فعلاً وفي مهاراته في طرقها لليزوج وأين تقع مجالات الضعف وما هي انهيارات التي يمكن أن يتم تعليمه إياها في المستقبل.

تقديم جدول الفحص

عند الشك في تأخر نحو الطفل في مجال أو أكثر من مجالات النمو يتم البدء تقريباً عند نقطة تحت مستوى العمر الزمني يستتي إذا أمكن ذلك أو بمعنى آخر قد يكون من الأفضل بالنسبة لأي الثالثة أن يتم البدء بملء جدول فحص عند قسم عمر -1 سنة من العمر وعند بدء الفحص يجب أن يتمكن الطفل من أداء 10-15 شيئاً على الأقل أهل نقطة البدء. وإذا حدث أمس شك حول نقطة البدء المناسبة لفحص مهارات المكتسبة يتم البدء من البداية ومن المهم أن يتم ذلك للتأكد من عدم إهمال أي مهارة لا يتمكن الطفل من أدائها وقائمة المهارات مرتبة تبعاً لتسلسل النمو بحيث إذا فانت الطفل إحدى المهارات المبكرة في التسلسل فيمكن أن تعلمه إياها أولاً نظراً لأهميتها لتعليم المهارات اللاحقة

هناك سبب وجيه آخر للتأكد من تمكن الطفل من أداء 10-15 بدأ أو أكثر قبل نقطة البدء. يقرر معظم الموالدين أن تقاسم المعلومات حول ما يتمكن الطفل بالفعل من عمله بطريقة شديدة الإيجابية لديه برنامج علاجي تطهيري.

و غالباً ما تركز إجراءات التعويم التي يستخدمها الأطباء والأخصائيون النفسيون وغيرهم على ما لا يتمكن الأطفال من عمله وكل المندربين الناجحين يعرفون أن من المهم لكل امرئ أن يكشف بدقة ما الذي تعلمه الطفل بالفعل قبل أن يمكنه اتخاذ قرارات من ما سيجعله له. وعند ملء جدول الفحص من المهم أن يطلب من الطفل أن يؤدي كل سلوك من السلوكيات كما يحسن عليه بالضغط. ويجب أن يتمكن الطفل من أداء السلوك بسهولة ويكون مساعداً وعندما يطلب منه ذلك كفي يتم تسجيل نتيجة له في عمود وجود السلوك ما لم يحسن على غير ذلك. ويمكن أن يكون استخدام بطاقات بورتيكج للأشطة مساعداً جداً عند تقرير ما إذا كان السلوك سيحصل على نتيجة تسجيل أم لا وتقتصر البطاقات عدداً من الطرق التمهيلية التي يجب أن يتمكن الطفل بها من أداء المهارة المطلوبة بالقامة ولاستخدام البطاقات أهمية خاصة عندما يكون السلوك الولد بطول الفحص مجرد مختصر للمهارة المطلوبة

• متى التوقف؟

يستمر الفحص الذي يقوم بملء جدول الفحص في تعويم السلوكيات إلى أن يصل إلى نقطة لا يتمكن الطفل عندها من أداء المزيد من الشدود إذا أخطأ الطفل في حوالي عشر شدود في صف واحد فليس مهماً أن يتم الاستمرار في التعويم في ذلك المجال. (موني وبنت، وروبرت ج. كامبرون، الطبعة النجربية المربعة، 1903، 32-33).

مدخل لتعديل المشكلات السلوكية

تعديل السلوك غير السوي:

معظم العمل الذي يجري مع الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في المن ما قبل المدرسي من النوع التعليمي وهو مصمم لمساعدة الأطفال على اكتساب أو ممارسة مهارات حياتية طفيفة وعامة مثل ارتداء الملابس وحفظ الصناديق والجلوس

أو المشي، واستحمام اللحية، وقطعها أو محاولات قلس ما قبل الطرسي مثل السوي أو المضادة، ولكن في بعض الأحيان قد تعطي الأولوية للمشكلات التي يواجهها الوالدان والمدرسون المتزليون بخصوص تعطل السلوك غير السوي أو غير الملائم

يتخذ السلوك غير السوي هيات عديدة مختلفة، فقد يظلم الطفل بالأشياء في الحياء، هرفة، نهشة أو بعض أفراد الأسرة الآخرين أو يركلهم أو يصرخ أو يشابه لوبة غضب عندما يقوى أحد والديه لا أو يوظف أفراد الأسرة الآخرين عندما من المرات كل ليلة أو قد بسبب الطفل بدلاً من ذلك لدى نفسه من طريق حصى نفسه أو غبط رأسه

ويبدو أن بعض الطرق التقليدية للتعامل مع مثل هذه السلوكيات غير فعالة وغير ذات كفاءة إلى حد بعيد (كالملاص للخصي مثلاً) وثمة طرق أخرى مجة ومشوشة (كالملاص بالعقاقير القوية مثلاً). وكان لبعضها الآخر أثر مشوش عسى لأسره بأكملها، (كزيادة الطفل من التزل مثلاً) وتكمن مشكلة كل هذه الطرق في أنها تفسر كلها لتعديد موضوع السلوك المشكل على أنه يقع داخل الطفل.

وعد أظهر الأخصائيون النفسيون حديثاً بالدلائل العظيمة أنه من الأجدي أن يتم فحص الموقف للمشكل بدلاً من التركيز بالكامل على المتغيرات التي تحدث داخل الطفل، والبداخل تلك الطرق التقليدية قليلة ومع ذلك يضع برنامج بورلينج طريقة بسيطة لا تعتمد على تقنية عالية لكنها دقيقة كمدخل لمشكلات السلوك غير السوي وهي طريقة يمكن للوالدين والمدرسين المتزليين استخدامها لفحص المواقف المشكلة والألقاق على استراتيجيات للتغيير تقوم على احتجاجات كل فرد على حده وتتعلق بسباق المواقف وتشمل أقل ما يمكن من التدخل حيث تدخل الطريقة إذن بالسطح مع بناء نموذج بورلينج التعليمي والسعة وتزامته وثلاثه.

الاهتمامات المدخل إلى مشكلات السلوك

ليس هناك من ينكر على وجه الخصوص تأثير بورلينج المتزلي الحليفة الناصعة التي تقول أن الناس على درجة عالية من التعقيد وأن الأفراد المعقدون وعلاقات التدخل بين الناس (خاصة بين الوالدين والأطفال) أكثر تعقيداً ونشأها

ومع ذلك فتمت طريقة لتبسيط ما يجري من التفاعلات البشرية المعقدة وتُنظر بطريقة أكثر مبرهنة إلى مبادئ المشكلات ذات الطبيعة المعقدة، يعرف ذلك ببساطة باسم اتجاهات المنسوخ.

توجد ثلاثة أوجه للسلوك - تعرف باسم شروط التحكم - يمكن تلخيصها كما يلي.

أ. السوابق: هي الأحداث المؤدية إلى سلوك ما (مثلاً، ما الذي أثار السلوك المشكّل؟) أو بكميات أخرى من الذي فعل (أو قال، أو لم يفعل) ما؟

ب. الخلفيات: لإطار الخلفيات للسلوك أو موقفه (مثلاً من الذي كان موجوداً هناك في ذلك الوقت؟) أين حدث ذلك؟ متى حدث ذلك؟ ... إلخ

ج. المواقف: هي الأحداث التي وقعت فوراً عقب حدوث السلوك (مثلاً، كيف تم التعامل مع السلوك المشكّل؟ ما الذي فعله الناس الآخرون؟) إلخ

يرتبط تسجيل تلك المعلومات على أوجه الموقف بالشكل التي يمكن تغييرها وإدراكها الكمال يجب أن يستغرق جميع تلك المعلومات فترة من الزمن (بوصفها بأسبوع على الأقل).

يسمح تجميع الدلائل تحت تلك العتوين للوالدين والمدرسين التربويين بأن يضعوا في اعتبارهم الشروط الفعالة التي يمكن تغييرها بالنسبة لسلوك مشكّل معين. استراتيجيات مفعلة لتعديل السلوك غير السوي.

لا تذهب الحاجة غالباً لاستخدام طرق معقدة أو مستهلكة للوقت أو مشددة لتغيير سلوك غير المرغوب فيه. ففكر ملياً في بعض الاستراتيجيات الواردة بالخاصة التالية.

يمكن في المعتاد استخدام واحد منها أو دمج استراتيجيتين أو أكثر معاً لتعديل سلوك مشكّل معين. يحتاج، فالاستجابة البسيطة للمشكلة غالباً ما تكون أكثر لامتجهاً مناسبة.

• تغير السوابق

أ. السبق باحتلال الموقع للمشكّل

2 إعطاء قواعد واضحة.

3 إعطاء إنذار مسبقاً.

4 بث الأختار البديلة بدلاً من الأختار السببة.

• تغيير الخلفية

1 أبعاد الإضرابات.

2 تغيير لإطار

3 إدخال تلقياً سريعاً.

• تغيير المواقف

1 تجاهر السلوك السيء ومطع السلوك الطيب (الثناء للخطائي)

2 ضبط العقل وهو يحس السلوك

3 إعادة الوضع إلى ما كان عليه والإقراط في التصحيح.

4 الكبح

٦ إنقضاء الوقت.

تعليم المهارات المتتظرة

يوجد إستراتيجية واحدة لم يتم ذكرها بعد للتعامل مع السلوك غير السوي وهي إمكانية تعليم الطفل شيئاً مفيداً بدلاً من تلك السلوك. وهناك اتفاقاً عاماً الآن بين الرواد المتزلزين والمشرقيين على ضرورة أن تكون تلك الإستراتيجية هي أو لا إستراتيجيات التي تلجأ إليها عند طلب المساعدة في تعديل سلوك غير سوي.

ومن المقبول الآن أن أكثر الطرق فعالية ولها قبولاً للتعامل مع أي نوع من أنواع السلوك غير السوي هي محاولة زيادة تواتر أي نشاط متعارض مع النشاط المشكل.

مثلاً دفع الأطفال الأصغر سناً ولقائهم ثقلها لعب لعبة ناجحة مع طفل أو الذين أصغر سناً (مولي وليث، وودسوت ج. كاسيون، الطعمة المبرمة التجريبية، 1993، 92-93).

تقديم خدمة بورتيدج

التقديم الداخلي للخدمة

إن أحد ملامح أسلوب الرعاية غير المالية والتي تميزه عن الأساليب الأخرى هو المجهود الكبير المبذول وتسويق المعلومات داخل الخدمة نفسها واستخدام المعلومات للحفاظ على مستوى الخدمة أو تحسينها والمصير الإيجابي المهيمن على أسلوب رعاية يكفل ضمان عدم الاكتفاء بجميع المعلومات، ولكن بتداولها بمسار بهي كافة المستويات القائمة بالخدمة. (وزارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للأطفال، المبكرة (بورتيدج)، الدليل المملي، 1999-1966).

هذا، ويمكن أن يتخذ مثل ذلك التنظيم الثاني من داخل بورتيدج أشكالاً عديدة مختلفة لكل منها خرض مختلف

1. ملحكم على فعالية خطة بورتيدج، أي هل هي ناجحة
 2. لتقييم مدى قيمة خطة بورتيدج، أي ما هو مدى جودة تطبيقها لاحتياجات الأسر التي لديها أطفال ذوي احتياجات خاصة في سن ما قبل المدرسة.
 3. لضمان استمرارية خطة بورتيدج، أي الحفاظ على استمرارية أفضل أوجه خدمة بورتيدج الموجودة حالياً وأكثرها قيمة
 4. لدعم تنمية الخدمة أي لتزويد سواحي التحسن في نموذج بورتيدج ومواده لزيادة مهارات الوالدين والفرعيين المتزويين والمشرعين وأعضاء الفرع الإنازي
- ربما يظن أربح الاحتمالات هو أن تهتم معظم خدمات بورتيدج بتعليم نفسها من داخلها على مستوى الاستمرارية فإنها ما تزال في حاجة إلى تصديق خارجي عليها من الأصوات ومشروعات التنمية التي تؤدي إلى حدوث التحسن والإضافات والتوسعات في نموذج بورتيدج.
- إن المعلومات التي يسجلها الوثائق عن الأنشطة التعليمية يوماً بيوم والتي يتم تجميعها على استمارة بورتيدج للنشاط تشكل مصدر ثمين للمبانيات.
- ولا بد في المقام الأول من فحص استمارات النشاط المكتمة البيانات بدقة في الاجتماع الأسبوعي للمعلمين وإلقاء الأضواء على وجهين من أوجهها وهما:

١. مكونات استمارة النشاط التي إما أن تكون نموذجية تصلح للاقتداء بها أو مارة بشكل خاص لم تحتمل أن تؤدي إلى نجاح استمارة النشاط

ب. مكونات استمارة النشاط التي يمكن تغييرها أو تحسينها لضمان نتيجة ناجحة لنشاط تعليمي سابق غير ناجح.

بيان من مدى التقدم

يمكن أن تسجل تفاصيل استمارة النشاط وأن تستخدم مع غيرها من استمارات النشاط متكاملة البيانات ليشكلوا أساساً واسعاً للتخطيط القابل للتتبع معد للطفل كفرد متميز ويمكن استخدام تفاصيل استمارات النشاط لكل الأطفال الذين يتلقون خدمة بورتينج عند جمعها معاً لبيان تقدم الأطفال عبر فترة زمنية ويمكن أن توفر ذلك لمعلومات مخصصة لاجتماع الفريق الموجه للعمل.

التقييم الخارجي للمنظمة

سيم تناول ثلاثة أنواع كبرى من التقييمات الخارجية التي تم تنفيذها سابقاً هي تقييم فعالية وتقييم القيمة، والبحوث والتنمية أولاً: تقييم الفعالية:

تحاول المبادرات الواقعة في هذه الفئة أن تجيب على أسئلة إلى أي درجة نجح نموذج بورتينج في تحقيق أهدافه أو إلى موقفه بالمقارنة مع الطرق الأخرى مساعدة الأسر التي لديها طفل ذو احتياجات خاصة في السر، ما قبل المدرسي.

وقد حاول الباحثون أن يفعلوا ذلك بتخصصهم لأثر خدمة بورتينج على كل من الأطفال والوالدين.

٢. الأثر على الأطفال

١ باستخدام اختبارات معيارية لقياس تقدم الأطفال على مدى فترة معينة

٢ مقارنة تقدم الأطفال الموجودين تحت رعاية خدمة بورتينج بالأطفال الذين تلقوا نوعاً مختلفاً من المساعدة (الذين يتقدمون مثلاً على مدرسة خاصة أو يتلقون خدمات قائمة على نظم المستشفى).

3. المقارنات ذات المحوطة المقابلة المتعددة. أخذ قياس قاعدي عبارة الطفل ثم قيس تقدم الطفل في وقت لاحق لذلك، ثم قياس تقدم الطفل بعد تلقيه خدمة بورتينج لفترة من الزمن والفضل المقارنات المعروفة من ذلك النوع هي التي قام بعملها ديفل وبلوتدين (1979) وبيتر وآخرون (1982).

4. التنظيم على أساس الأهداف أي محاولة الإجابة على أسئلة ما هي الأهداف الرئيسية لخدمة بورتينج؟ وبأي درجة من النجاح نجحنا في تلك الأهداف والفضل مثال لذلك النوع من الدراسات إلى حد بعيد هو التنظيم الذي قام به من مشروع ويسكي لأبحاث بورتينج الذي وصف الشهور الست الأولى من إدخال طام بورتينج إلى المنطقة للخدمة وقد أنتجت كل هذه الأسرحة الأربعة من النتائج نتائج متجعة بشكل ملحوظ لطريقة بورتينج ومن روجت نتائج تلك البحوث العامة المتعلقة بتسودج بورتينج مراجعة مفصلة قام بها كليرتون (1986) وتوينتينج (1986).

ب. الأثر على الوالدين

لا يعرف إلا القليل نسبياً عن الأثر على الوالدين حيث أن معظم الجهود البحثية مالت إلى التركيز على آثار التدخل المبكر على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومع ذلك قام الباحثون العاملون على تقييم نظم بورتينج للتعليم المنزلي بكم قليل من العمل في ذلك المجال وتشير نتائج عملهم إلى أن خدمة بورتينج يمكنها أن تسبب تنمية نجاحات أكثر إيجابية نحو مشكلات تربية طفل معوق وأن تقلل من مقدار لاكتئاب والقلق وتسي قلة الوالدين المتربدة في معلومات طفلهم المعوق وتزيد مهاراته في التعليم.

ومن الواضح أن هذا المجال يمكن إجراء المزيد من الأبحاث فيه وينبغي عمل ذلك خاصة وأن الأهداف الأولى لخدمة بورتينج للتعليم المنزلي هما الوالدين المتربدان طفلهم المعوق.

ثانياً: تقييم القيمة

نظمته العديد من دراسات بورتيج التي نظمت على مستوى محلي عينا من آراء الوالدين. تغطي تلك المساهمة على أهمية الوالدين في نموذج بورتيج حيث تلعب البيانات المستمدة من الوالدين في مركز عملية التعليم المنزلي

وقد وضع سميت وزملاءه الذين عقدوا أوله تقييم لبورتيج استبياناً للوالدين ليعلم عملهم كجزء من بياناتهم وقد بينت العديد من التطبيقات المحلية لمشروع ذلك الاستبيان وحيث أن ذلك الاستبيان قد حظي عليه فترة رسمية طويلة الآن يقترح أن يتم تطويره وتعديله ليناسب الاستخدام وأن يتم مراجعة بعض بنوده

وقد صمم أعضاء خدمة بورتيج في بلاتينجستوك ونسوت هامبشاير (1986) واحد من أكثر نسخ ذلك الاستبيان حمية بالنسبة للمستخدم وقاموا باستعماله كما جرت أيضاً بعض المحاولات المطبوعة أكثر من ذلك لربط آراء الوالدين بعميق خدمة النحمة

وقد بدأت ميلات (1983) في تقييمها لمشروع بورتيج في ساوث ليكلاندنيكر مبريا يفترض أن التفاعلات الزائرين المنزليين والوالدين سنوثر في عملية التعميم المرلي، وقد صممت الطريقة التي استخدمتها والتي قلعتها في دراسنها يساهم ملحوظ لتحديد العناصر الأساسية للعلاقات الناجمة بين الوالد والوالتر المرلي، وقد استخدمت ميلات كي تجعل ذلك تنويه من مصادر البيانات خاصة آراء الوالدين.

وقد اعتمد إيليندر (1982) في تقييم خدمة بورتيج المطبوعة في سولهايمتون على ملاحظات كل المشاؤون في بورتيج الوالدين والزائرين المنزليين والمشرفين وأعضاء الفريق الفوجه للعمل وهكذا أن يستخدم المشاؤون في خدمة بورتيج الحالية طريقة إيليندر في الربط بين استجابات الناس من تلك المستويات المختلفة والتي تحدد أوجه الممارسة الجيدة في فحص وتقديم خدماتهم وتحسينها.

البحوث والواقعين

دارت مناقشات عامة كثيرة بين متلقي خدمات بورتيدج بخصوص فائدة المكونات الخاصة لمدرسة بورتيدج بما في ذلك الأنشطة غير الرسمية التي تقدمها الأسر والوالدون المتألمون إلى جانب البرامج التعليمية المنظمة ومع وجود هذه من التحديات الملهدة عن ملاحظات الأسر من مشاركتها في خدمة بورتيدج، لا أن كل هذه البحوث تأتي من خارج الأسر، وقد أتت استجابة الأسرة من خلال الأسئلة التي ابتكرها خدمة بورتيدج أو من خلال بحث مفرد وهناك غاظر وضحة، كما هو الحال مع كل تحقيقات الأبحاث وهي أن تفضل البيانات المجموعة بيانات مهمة موضوعات البحث لأنها تقع خارج نطاق تجربة الباحث ولا يمكن للأسر ذاتها أن تعرف ما يجري داخل إطار للتحول وما الذي تعتبره مهماً إلا إلى حد ما

وقد أدى الوعي بمشكلة الحصول على صورة حقيقية عن استجابة الأسرة إلى إجراء تحقيق بعيد المدى عن استجابة الأسرة لبورتيدج عن طريق الأسر ذاتها التي لأب و لأهنت معاً وصمموا استبياناتهم الخاصة للوصول إلى طموح أوسع من البيانات أكثر من التناح حالياً لخدمات بورتيدج ويعني عدم خبرتهم في تصميم البحث ونسج نتائجه أن العملية طويلة وصعبة، ورغم ذلك ستكون للنتائج أهمية ذات أهمية فهي لن تساهل فقط الخدمات على الاستجابة بطريقة أكثر ملاءمة لاحتياجات الأسر، بل أنها ستكون أيضاً علامة على خطوة كبرى تجاه مزيد من توثيق العلاقات بين الوالد والمهني المختص، وقد ورد تقرير عن النتائج المبكرة لثلاث الدراسات في كامبرون (1987).

ثالثاً: البحوث والتقييم

يسمى ركزت دراسات بورتيدج المبكرة بصورة كبيرة على التقنيات التربوية وعلى إثبات فاعليتها دعا عدد من الكتاب في زمن أحدث إلى حسن بنجاولي لتلك النجاحات الأولية، فضلاً بيجادل فريد ريكسونوهاران (1985) في أن المطلوب الآن هو تحليل موسع للجوانب الخاصة في التدخل للشخص لتعزز تعلم الأطفال بطرق متوافقة إلى أقصى مدى مع الأهداف الأوسع والاحتياجات والمهارات السبقة للأفراد الذين

يصلون اتصالاً مباشراً بالأطفال في كل نوع من أنواع الأطر التي يطبق، حسب نموذج بورنيدج الحالية.

ولقد حلف سترومي (1987) حدة من المجالات للتنظيم الموسع برز من بينها بشكل رئيسي أن التواليف التي تلقى تدريباً على المبادئ العامة لتسجيل السلوك قد يمكنهم معالجة نطاق أكثر اتساعاً من طائفة المهام لطفلها دون حاجة لأن يعطيها المعلمون المزيرون نموذجاً يقتديان به لكل مهمة.

وقد حلف كامرون (1986) بطريقة أكثر تحديداً أربعة مجالات كبرى للتعليم المستقبلية وهي:

- 1 لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الإحصائية وخاصة أطفال الأسر المتخلفة إلى مجموعيات عرقية مختلفة والأطفال ذوي الإعاقات الحسية والأطفال ذوي الإعاقات العقلية أو العميقة.
 - 2 اختيار الأهداف القوية وتعليمها للأطفال الصغار الموقفين في العمر في سن صغيرة.
 - 3 تشجيع التعلم وقبح المستوى مع إعطاء اعتبار خاص لأوجه التعصب والتكوير في مبررات التعلم الأكثر رقباً.
 - 4 مساعدة التواليف على معالجة المشكلات غير التربوية التي تشملها وتشمل أفراد الأسرة الآخرين والمختصين المهنيين الآخرين العاملين مع الأسرة.
- ومن المحتمل أن تشمل تلك المجالات المتعلقة بالموضوع جهودات معتبرة في البحث والتنمية على مدى السنوات القليلة المقبلة (مولي وابت، وروبرت ج كامرون، الطبعة المبررة المبررة، 1993، 98-102).

نموذج بورنيدج التعليمي

تسلسل مراحل التعلم

يعتمد نجاح بورنيدج التعليمي على تقسيم الأهداف التعليمية بحيث تؤدي إلى برنامج مكون من خطوات تعليمية صغيرة يتم تعليم كل خطوة من خلال أنشطة تعليمية منظمة تهدف إلى إظهار تغير في استجابة الطفل يمكن إعتباره للنمو وذلك

في مدى أوسع واحد. وقد جعلت هذا التوسُّع في أن تتخذ تلك الطريقة محور تعلم الطفل قد يؤدي أحياناً إلى اكتساب الطفل لمصاحبة من قدرات المهارات غير المترابطة وفكروهم أن البرامج التعليمية القائمة على أسس مصاحج متظمة تنجح لمحو أمية الأطفال لغيرهم لطبيعة التعلم وتصيب جديدهم خاصة على أنه قد تم إضلال تلك المواقف التي يمكن فيها ملاحظة الطفل وهو يقوم بتجريب سلوك جديد بشكل تلقائي قبل تطبيقه إيجابياً تماماً.

يقترح أنصار المدخل القائم على التجربة في مجال التعلم أن اللعب الحر في بيئة منظمة نموذج أكثر إثماراً لتزويد النمو المبكر ولكن عندما يتم تمرير أطفال ذوي احتياجات خاصة مثل تلك البيئة فإنهم غالباً ما يشعرون في الاستفادة من التمرس المتفرقة دون إعطاء توجيه لهم.

يتم نموذج التعلم الذي وصفه كامرون وآخرون (1986) والمتمد من عمل هاريج وآخرون (1978). وهوليت وهارنيج (1988) بمراحل يمكن تميزها في عملية التعلم وتقع بين الاكتساب والتكيف وهي:

الأكساب الطلاقة الاستمرارية التعميم التكيف

الاكتسابية: هو أكثر مراحل التعلم تميزاً حين يصعب التركيز والتأكيد على الدقة، يربط كامرون وآخرون من خلال التنظيم العميق الخبرة التعلم بين مرحلة الاكتساب وبين النشاط التعليمي شديد التنظيم الذي يشجع عن استخدام استمرارية بورتيدج للنشاط، تشمل استمرارية بورتيدج للنشاط بالإضافة إلى هدف تعليمي مقرر بدقة، لا اختيار المتدرب للمواد وتحليلاً لتقديم المواد وتوجيهات واضحة وعرفاً مبررة لتزويد الطفل وإرشاداً لغسان نتائج ناجح للتعلم.

عمية التعلم هو القول المأثور المراد يؤدي إلى الكمال وربما يتم الحصول على أقصى تدبير سرعية المران الضروري للتعلم المبكر بملاحظة الأطفال أنفسهم

إن توفير فرص ممارسة ومستوى تعريب متباين للطفل الصغير الذي اكتسب مهارات جديدة عن طريق أنشطة تعليمية دقيقة جزء أساسي من البرنامج التعليمي ولا يمكن ترك ذلك الأمر للمصادفة، حيث إن الممارسة ضرورية للتعلم الكفء عبر

كل مرحلة بدءاً من الاكتساب ووصولاً للتكيف. ويمكن أن تكون تلك العملية طويلة بعد بدء ظهورها

فالطفل الذي يسير بخطوات وثقة حتى يربط الحديقة ليحس رائحة التراب عند مسامسه مهارة المشي طوال اليوم وكل يوم مثل أن يبدأ في تلك الخطوات الأولى، المترددة بين اثبات خطوة وجلوس.

ولا يبدو أن تلك الممارسة تتطلب من الطفل بذل جهداً لأنه نطباعها بشكل طبيعي ولكن الطفل لم يبدأ المهارة عملياً بل مجهوداً مكثفاً في الواقع إلا بعد مران طويل منتظم

يرجى الوالدان والمعلمون السهون يساعدون الطفل الصغير. فـ الاحتياجات الخاصة في إنجاز مثل تلك المهارات رفيعة المستوى والتي تحتاج فترة زمنية أطول في الغالب من تلك التي يحتاج إليها الأطفال العاديون متكئين رئيسيين

1 كيف يمكن تشجيع الطفل على بذل جهد للمراعاة الكافي إلى أن تغيد المهارة بسلاسة وتستمر عبر الزمن.

2 كيف يمكن مساعدة الطفل على تعميم المهارة على مجالات أخرى من سلوكه

هناك طريقة من أكثر الطرق إثارة للوالد والمعلم لضمان أن الطفل سيهاوس مهارة حديثة الاكتساب بانتظام هي جعل الأمر مثيراً للمرح بالنسبة للطفل إذا سر الطفل تجربة النشاط التعليمي أثناء مرحلة الاكتساب من خلال لعبة ممتعة فإن جمال تكراره المتكرر يزداد إلى أن يتم إنجاز الطلاقة ويرغب الجميع المشاركة في اللعبة خاصة الطفل

وكلمياً ازدادت اللعبة متعة كلما ازداد احتمال إدخالها ضمن أسود الأسرة الروتينية إلى أنه تضمنت لفة الطفل باللعبة استجابه، حيث يصبر الحسام لمباح الطفل مع أفراد الأسرة الآخرين خطوة مهارة نسبياً يتم تحريكها في منزل الأصدقاء والأقارب ثم في اللعب في وقت لاحق.

اللعب والتعليم

إن جعل النشاط التعليمي الأصلي متعة ومثيراً للمرح لكل المهتمين بأمه ليس ولا بداية لعملية طويولة في فلهاء التعميم والتكليف ومن المهم لضمان استمرار كل طفل في تلقي موان كاف على المهارة الموجودة لديه حالياً إنشاء جلسات لعب منتظمة يشارك فيها فرد واحد من الأسرة على الأقل. ولتتقاد جلسات اللعب يومياً لمرس مثالية للتعامل من أن لدى الطفل فرصاً لممارسة كل ما في جيبته من مهارات. وعندما تستخدم الجلسة لممارسة مهارة أدخلت حديثاً إلى الطفل فإن كل المظروب عندئذ هو تيسير وجود نمود المناسبة أو تكرار تقديم النشاط الأصلي. يوجه اللعب في تلك المرحلة نحو هدفي الطلاقة والاستمرارية وكما أوضحت مهارة الطفل في النشاط والمواد الأصغير. لتفهمين له وكما رأيت الفتنة لها كلما وجب إدخال تغييرات (مولي وايس، روبرج. كليمرون، الطبعة للمرة التجربة، 1993، 84).

بورتيديج في التعليم

على الرغم من أن بورتيديج قد صمم في الأصل يرتدياً للتعليم المنزلي فإن طاقم العميين في المدارس وغيرها من الأطر القائمة على أساس العمل في مركز قد تدروا مراهب وقد حدد كليمرون (1986) أربعة واسعة من التغيرات التي أدخلت على بورتيديج لياسب المدارس ومع ذلك يمكن تلخيصها تحت عنوانين رئيسيين

أ نموذج بورتيديج التعليمي: يمكن استخدام جدول المصغر المبوكي أساساً للتدريب على التخطيط للبحج داخل المدرسة

ومن تعديل بطاقات الأنشطة لتعليم الأهداف ذات الأولوية في إطار كل من المنزل والفصل والمدرسة.

ب. نموذج خطة بورتيديج. يمكن استخدام نموذج بورتيديج لتحويل الخطة من أجل تحسين الاتصال بين المنزل والمدرسة أو كمقدمة زيارة منزلية قائمة على تصدد جوانب المشاركة من جهة الوكالة القوسية أو كأحد التيسيرات المدرسية المتاحة لتكون في متناول طاقم العاملين في المدارس المجاورة

سادت مسألة التكامل عالم التربية في الثمانينات من القرن الماضي وبمكس أن يكون هدف بعيد المدى لآتساء نظام متكامل للتربية والتعليم مفهوماً موجهاً لوقياً في التربية والتعليم ولكن ما زال أمر لين وكيف يجب التقديم في الوقت الحالي بعيداً عن الموضوع وما يمكن لموضوع بورتيدج أن يقدمه للمدرسين هو نظام دعم متو شمع لكل من المدرس في المدرسة والمدرسون (في الثرلة) كما يمكن توفير أفضل الفرص المراتية لحثوة التربية الخاصة والتكامل الاجتماعي. (مولي واهت، وروبرت ج كامرون، الطبعة العربية المتجددة، 1993، 13).

دراسات بحثية لاهلية برنامج بورتيدج

أولاً دراسات حول فاعلية برنامج بورتيدج مع الأطفال المصابين بمتلازمة دارون

1 الدراسات العربية.

حاروت بعض الدراسات تطبيق برنامج بورتيدج على الأطفال المصابين بمتلازمة دارون، ومن هذه الدراسات ما علم به خالد حلس محمد (1997) بدراسة معدلات حدوث الطرز التشكيلة المختلفة المصاحبة لمتلازمة دارون ومدى تأثيرها على درجة استجابة الأطفال السلوك لبرامج التدخل المبكر وإيجاد علاقة بين الجهود الكهربائية المستحثة بصرياً والإيجابية بمتلازمة دارون. بلغت نسبة الدراسة 100 حالة مصابة بمتلازمة دارون تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 6 أشهر إلى 4.5 عام، وتضمنت الحالات 57 حالة من الذكور و43 حالة من الإناث، ومن تلك الحالات تم اختيار 20 حالة اختباراً عشوائياً للمشاركة في برنامج تبه مبكر شامل من أجل تطوير قدراتهم البدنية والذهنية

استخدم الباحث الأدوات التالية:

- 1 فحص إكلينيكي ولين.
- 2 دراسة شجرة العائلة.
- 3 دراسة الكروموسومات.
- تحليل هرمونات الغدة الدرقية.
- 5 اختبار ذكاء ستانفورد - بينيه.

6 اخبار فيلاتد للتصحيح الاجتماعي

7 أشعة نصيرية على القلب

8 برنامج تدريبي مقترح (بورتيديج للقرية الشاملة).

وتوصل الباحث إلى أن الفجوة الحلقية لا زالت ذات معدلات حدوث عالية في الأطفال المصابين بمتلازمة داون، كما توصل إلى وجود تحسن ملحوظ لجميع الأطفال المشاركين في البرنامج في فهم معلمي الكلام والتفهم الاجتماعي مقارنة بغيرهم قبل فترة التدريب

ثم درست تحسين سمعي صائح (2002) فاعلية برنامج بورتيديج للتدريب نشانه بالطفولة المبكرة فزيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة، ودست على صينة من 28 طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم بين 4-5 سنوات مصعهم ذكور ومصعهم إناث. واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

1. مقياس فيلاتد للتصحيح الاجتماعي.

2 اختيار رسم الرجل الخو قلب-عالم

3 استمارة لتحديد المستوى الاجتماعي للأسرة

4 برنامج التربة الشاملة للطفولة المبكرة بورتيديج

وأثبت الدراسة زيادة معدل النمو الاجتماعي للأطفال المشاركين في البرنامج

2. الدراسات الأجنبية:

بحث ماهوني، وأغرون (Mahoney, G. et al., 2001) التلخيص في المجال الحركي للأطفال مصابين بمتلازمة داون وأطفال آخرين مصابين بالطفل الدماغي وذلك من مدخلين هما علاج الحفظ النمو ومهارات النمو.

تضمنت العينة 30 طفل منهم 27 طفل تم تشخيصهم بأن لديهم متلازمة داون و3 طفل لديهم شلل دماغي وكان العمر الزمني للأطفال 44 شهراً عند بداية الدراسة. تم فحص الوظيفة الحركية للأطفال عند دخولهم الدراسة وبعد عام من تدخلات التدخل الحركي المبكر. واستخدمت الدراسة مقاييس لما يلي

1. قياس النمو للأطفال.

2. قياس معدل النمو الحركي.

وأوضحت الدراسة أنه لم يحدث إصرار في النمو الحركي كما كنا نتوقع أو في إلقاء الحركة على أساس النضج الذي حدث للأطفال نتيجة طلة عدة جلسات التدخل الحركي.

أما في دراسة باليساكو، وآخرون (Palisano RJ, Et. al., 2001) فقد هدفت الدراسة إلى تكوين منحنى نمو أداء الحركة الكبيرة للأطفال المصابين بمتلازمة داون ولتقدير احتمالية تحصيل الوظائف الحركية على مدى المراحل العمرية المختلفة.

وقد تم أخذ العينة من أماكن تطبيق برامج التدخل المبكر وتكونت من (12) طفل مصابين بمتلازمة داون في مرحلة عمرية بين شهر إلى 6 سنوات.

واستخدمت الدراسة المقاييس التالية

1. مقياس أداء الحركات الكبرى.

2. مقياس شدة الإعاقة الحركية.

وبوصفت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يحتاجون وقت أطول لتعلم الحركات مثل الحركات المعقدة، كما أن شدة الإعاقة أثرت على المعدل وليس على أداء الحركة بالأعلى.

ثم درس بيرجلوند، وآخرون (Berglund E., et. al., 2001) اللغة المنطوقة عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون مقارنة بمجموعة من الأطفال الطبيعيين، وكانت المقامات النمو نحو المرونة وطريقة أداء الكلمات والمهارات العملية للنحو على هيئة من 330 من الأطفال المصابين بمتلازمة داون في مرحلة العمرية بين 1-5 سنوات، 336 من الأطفال المصابين في المرحلة العمرية بين 1.4-2.4 سنوات واستخدمت الدراسة مقاييس عبارة عن قوائم للكلمات والجمل المعروفة النمر، المبكر للتواصل ولم يلق هذه القوائم وحصل المقارنة.

ويستلزم الأمر أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون لديهم تأخر طفيف في المهارات المعينة أنفسهم وحدت تعلم مبكر في النمو بطريقة منطقية ويرجع ذلك للجهد الكبير للتدخل المبكر.

ثم حاولت يولر (Ulrich DA, Ulrich BD, 2001) إثبات أن التمرين على المشي يقلل من تأخر المشي طبيعياً عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون أجريت الدراسة على الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتعلمون المشي متأخرين عن الأطفال الطبيعيين بفترة ستة أسابيع.

تكونت عينة الدراسة من 30 من الأطفال المصابين بمتلازمة داون لم اختبرهم بطريقة عشوائية وجميع الأطفال المشاركين في الدراسة أنفسهم إليها عندما كانوا يستطيعون المشي لمدة 30 ثانية بمفردهم وكانوا يتلقون جلسات علاج طبيعي كل أسبوع على الأقل بالإضافة إلى أنهم كانوا يترمون على المشي خمسة أيام في الأسبوع لمدة 8 دقائق يومياً في بيوتهم كما تم تدريب الوالدين على مساعدة أطفالهم على التدريب على المشي وكل أسبوعين يذهب فريق للبحث إلى بيوت الأطفال لمعهم ومعرفة مدى تعلمهم.

برسنت النتائج إلى أن المجموعة التي أجريت عليها التدريب تعلمت المشي مع بعض المساعدة والمشي بمفردهم في 73.8 يوماً و101 يوماً أسرع من المجموعة المتابعة سبباً.

أما هوسر - كرامب وآخرون (Hosner - Cramp, Et al., 2001) فقد حاول التعرف على نتائج التدخل المبكر في تطوير المهارات الإدراكية والاجتماعية واليومية لدى الأطفال المتأخرين عقلياً وتأثير مساعدة الأمهات والأمهات في برنامج التدخل المبكر.

تكونت عينة الدراسة من 183 طفلاً مصابين بمتلازمة داون ولديهم حالة حركية وتأخر في النمو واشتركت عائلاتهم في برنامج التدخل المبكر تضمنت أدوات الدراسة.

1 برنامج التدخل المبكر

2. استمارة بيانات الطفل

3. زيارات سرية

4. تقييم الطفل.

5. استثناء لأبوة والأمهات كل على حدى.

إنهات النتائج من حدوث تطور في الناحية الإدراكية والمهارات الاجتماعية والمهارات اليومية للأطفال المصابين بمتلازمة داون بعد البرنامج كما وجدت علاقة بين مساهمات الآباء والتغير في نتائج الطفل وإن علاقة الأسرة ببعضها غيرت في سلوك الطفل ومهاراته الاجتماعية.

ثم بحث وتنج (Wang, WY, JU YH, 2002) لتغيرات في مهارة التوازن وأداء مهارة القفز كماً ووعياً وتكونت عينة الدراسة من 20 طفل مصاب بمتلازمة داون في المرحلة العمرية من 3 إلى 6 سنوات تم تدريبهم على مهارة القفز 30 طفل منهم في من 3 إلى 6 سنوات كمجموعة مقبولة.

وقبل التدريب على مهارة القفز تم إعطائهم اختبار قبلي لقياس مهارتي الاتزان والقفز والذي يعتمد على إيقان الحركة وإيقاع مهارة حركية على التوالي ثم سدرس الأطفال المصابين بمتلازمة طون على القفز بواقع ثلاثة جلسات لكل أسبوع ولمدة ستة أسابيع ولم يتم تدريب أطفال المجموعة المقبولة على ذلك. ثم تم إعطاء الأطفال اختبار بعدي لمهارتهم. تم تحليل النتائج والاختلافات في الدرجات فلاختبار القيسي والبعدي ليمشي على الأرض، المشي بمساعدة، والقفز رأسياً وعمودياً.

وبينت الدراسة أن هذه الموضوعات أظهر في الأطفال المصابين بمتلازمة دارن دلالة أكبر من أطفال المجموعة المقارنة.

ثانياً: دراسات عملية حول برنامج البورتيدج

حاولت بعض الدراسات عمل تجارب عملية لبرنامج بورتيدج من هذه الدراسات ما قام به (Glossop L, 1989) حيث قام بتحديد نموذج بورتيدج ومنافعه للعثالات وتطبيق النموذج على طفلين في سن 4 سنوات يعانون من المضطربات في السلوك في حانة الدراسة بالنسبة للطفلة الأولى نجحت الأم في التكيف مع المشكلات

المساوية لابتها وتحسين العلاجة بينهما. أما الطفل الثاني فقد تم حل مشكلاته لعدم

أكدت النتائج على منافع استخدام برنامج سلوك لتسمية مهارات الآباء كما بحث Wilson B (1985) استخدام برنامج بورنيدج للعرض النفسي حيث أكد أنه مفيد لمن يعانون من أمراض حسية أو خلل بالبحر أما دراسة Clements JC, Odgers (1982) فقد حاولت وصف تأثير تدريب فريق العمل في دونة الأطفال على استخدام برنامج بورنيدج مع الأطفال المعوقين وبحث النتائج أد فريقي العمل يرح في استخدام الأساليب الخاصة بالبرنامج (www.ncbi.nlm.nih.gov 80,2003)

وقد تم إجراء مسح كبير للخدمات بورنيدج في إنجلترا فيما بين 1992، 1997، وتم تلقي النتائج من 147 خدمة كانت تقي بالمعايير التي حددت بواسطة جمعية بورنيدج الوطنية، وقطعت هذه الخدمات لحوالي 4000 أسرة. أي متوسط 26 أسرة لكن خدمه وهذا التقرير كشف عن قائمة انتظار لـ 1990 أسرة.

كما تم تحقيق عدد من التقييمات القومية لخدمة بورنيدج في إنجلترا منها المراجعة العميقة في قسم للتربية عام 1990 واحتوت الدراسة على فصول 13 هيئة عشوائية من خدمات بورنيدج في إنجلترا وكانت أهم نتائج الفريق البحثي كالآتي

1. المعلمين والمعلم النظامي الفعال كان يتم بشكل جيد
2. تم جمع النتائج والآراء التي عبر عنها أولياء الأمور ومدرسي المنازل والمختصين المشاركين في المشروع والتي تشير إلى أن معظم الأطفال المعنيين حققوا تقدماً سريعاً

3. الزيارات المنزلية المنتظمة التي تشمل الوالدين من خلفيات اجتماعية وثقافية مختلفة كانت أقوى سمة في المشروع، (صالح، 2002: 89-90)

وفي نفس الإطار قامت نجوى عبد المجيد وآخرون (1999) بعمل بحث لمدة عام لتقييم لأطفال الموهبة منلازمة قانون الذين شاركوا في برنامج التدخل المبكر في

مصر تكونت هيئة الدراسة من 30 طفلاً مصابين بمتلازمة داون تراوحت أعمارهم بين 1-4 أعوام واستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

1. دراسة شجرة العائلة.
2. دراسة الكروموسومات.
3. فحص إكتينيكى دقيق.
4. برنامج بورنيج للنزيرة الشاملة.
5. اختبار فايدلاند للنضج الاجتماعى.

وأثبت النتائج أن التدخل المبكر أدى إلى نفس الأطفال المتخرجين في البرنامج وإن كان هناك بعض التأخر عند مقارنتهم بالأطفال الطبيعيين ولم يكن هناك أى فرق في الحس أو مزج الاضطلال في الكروموسومات.
تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح لنا ما يلى:

1. يلاحظ قلة عدد الدراسات العربية والأجنبية بالنسبة لبرامج التدخل المبكر للأطفال المصابين بمتلازمة داون لذلك كانت الحاجة ملحة لمزيد من الدراسات لتعريف مدى فعالية برامج التدخل المبكر ومدى فعاليتها.
2. أكدت معظم الدراسات على التأثير الإيجابي لمساعدة الآباء والأمهات في برامج التدخل المبكر وأهمية التعاون الأسرى لتغيير سلوك الطفل.
3. العلاقة الطردية بين عوجة الإعاقة ومعدل اكتساب مهارات النمو المختلفة فكما زادت شدة الإعاقة احتاج الطفل لوقت أطول وبجهود أكبر في اكتساب المهارات المختلفة.
4. أدت زيادة جلسات التدخل المبكر إلى التحسن في مجالات النمر وإطلاق المهارات المختلفة.

٤ التدخل المبكر تؤدي إلى تحسّس قيم معامل الذكاء للأطفال عند مقارنتهم بنسبتهم قبل البدء في تطبيق برنامج التدخل المبكر بالرغم من وجود بعض التأخر عند مقارنة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالأطفال الطبيعيين.

المراجع

المراجع العربية

- أبو شبيب، السيد كامل (1995)، دراسة للمرونة بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم القراءة والأطفال النماذج على بعض المتغيرات العربية، القاهرة دار النهضة العربية
- أبو شبيب، السيد كامل (1997)، الإحصاء للمعلم السلوكية، القاهرة دار النهضة العربية
- أبو الفتح، هيام (1998)، تصميم برنامج تنمية الانتماء الذاتي للأطفال المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة
- أحمد، سهير كامل (1998) التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة مكتبة لأحمر المصرية
- إسماعيل، محمد عماد الدين ومليكة، لويس (1993) مقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال، القاهرة دار النهضة العربية
- لأشول، عادل (1993) الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال، بحثين علمياً، مجلة الإرشاد النفسي، العدد الأول
- بدر، نهدي الصاوي (2001) البرنامج تنمية مهارات عمليات العلم عند الأطفال في مرحلة اليأس، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- البستاني، فاهم (1995) المنهج والأساليب في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، إمارات، مكتبة الملاح للنشر والتوزيع

- البهشة، أيمن (1994) **التروق في التحصيل السلوكية والتربوية لأطفال التوحد والأطفال المشغولين حركياً**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- البهشة، أيمن (2001). أهمية استخدام قوائم المخطب في التصرف والتدخل لحالات التوحد، ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لأولي الاحتياجات الخاصة (لفات الإماعة) القمام.
- بطرس، بطرس حافظ (1993)، **أثر برنامج تنمية بعض جوانب النشاط الحركي والمهارات الاجتماعية على السلوك التوافقى لدى أطفال ما قبل المدرسة**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- بهادر، سميدة (1994) **المراجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة**، ط2، القاهرة: مطبعة المي.
- بهادر، سميدة (1996) **المراجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة**، ط2، القاهرة: الصدر للمطبوعات للنشر
- البواوير، محمد (2000)، **الإعاقة الحركية والمشاكل السلوكية**، الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر
- برحة المجموعات الاستشارية لنظم المعلومات والإدارة (2001) **التعليم والاحواء**، شركة كي. إس. إيه القاهرة.
- قبل، كريستين (2002) **الفتح القشري: دراسة في السيكولوجية البشرية**، ترجمة عاطف أحمد. عالم المعرفة، العدد 287
- جبر، محمد جهاد (2008) **العمليات اللاحية ومهارات التفكير من خلال تعليمي التعلم والتعليم**، عمان: الإمارات دار الكتاب الجامعي
- النمسولي، مجدي صابر (2000). **دراسة تطبيقية لبرامج الخدمة الاجتماعية بطرس التربية الفكرية**، رسالة دكتوراه، قسم الخدمة الاجتماعية، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.
- الروسان، فاروق (2010) **سيكولوجية الأطفال غير النامين (مقدمة في التربية الخاصة)**، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع

- الروسان، طارق (1994)، *رحلة ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات جامعة القدس، مكتبة حسان - الأردن.*
- الرزيقات، إبراهيم (2009)، *الإعاقة السمعية، الطبعة الأولى، حسان: دار والنشر والتوزيع.*
- الربات، فصي (1995)، *الأسس المعرفية للتكوين الطفلي وتجهيز المعلومات، المتصورة دار الرفاه للطباعة والنشر والتوزيع.*
- الربات، فصي (1998)، *صعوبات التعلم، الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، القاهرة: سلسلة علم النفس المعرفي.*
- زياد، خالد (2004)، *الفروق بين الأطفال يعانون السمع الرياضي النسبي وعاديين في عدد من الخصائص المعرفية والحركية والانتقالية - الإحصائية رسالة دكتوراه غير مشورة كلية الآداب جامعة المنوفية*
- ريدة، خالد (2005)، *صعوبات تعلم الرياضيات (الديسكالكوليا)، القاهرة: دار ايريك للنشر والتوزيع.*
- ريد، خالد (2006) *الفروق المعرفية في بعض الخصائص المعرفية لدى الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات، وفي صعوبات تعلم الرياضيات والقراءة معاً وأقرانهم من العاديين. المجلة المصرية للدراسات النفسية 16 (15)، 256-300*
- زياد، خالد (2007) *دراسة للفروق بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم الرياضيات فقط والأطفال الذين يعانون صعوبات تعلم الرياضيات والقراءة معاً والأطفال العاديين في الأداء على مقياس وكملر لذكاء الأطفال، المجلة المصرية - مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، 82 (21)، 189-255.*
- زياد، خالد (لمت النشر) *المخرجات الرياضية عند عينات من الأطفال تعاني اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه.*
- السرطاوي عبد العزيز، والحصاني، جميل (1998)، *الإعاقات الجسدية والصحية، دبي: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع*

- السرطاوي، عبد المزيّة: ميد العريضة حيد وأيوب حيد العريضة (2000)
الإحالة العقلية، دبي مكتبة التلايح للنشر والتوزيع
- سليمان، محمد إبراهيم (2002). عمل القرنين وتقديم الخدمات العلاجية
والثربوية المنهجية للأطفال المعوقين في التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة،
مجلة العلوم التربوية، معهد الدراسات التربوية
- سليمان، محمد إبراهيم (2002). معهد العلوم التربوية، مجلة العلوم التربوية،
عدد خاص من التربية الخاصة
- سند، منى (1998). التدخل المبكر، سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل
لمصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، نوفمبر.
- سيد أحمد، السيد علي (1999). قياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب
بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال (صورة التقييم المصرية) دار النهضة
العربية، القاهرة
- سيهال، كمال سالم (1988). الملقون بصرياً.
- الشحصر، عبد العزيز (1995). قياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي
للأمرى دليل القياس، ط2، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- شعر، ريب محمود (1999). سيكولوجيا القدرات الخاصة والمعوقين، القاهرة:
مكتبة النهضة المصرية.
- سليم، ربيب محمود (2002). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1،
القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشاوي، محمد محروس، (1997). التثاقف العقلي، القاهرة: دار غريب للنشر
- صادق، فاروق محمد (1993). مرحلة الصدمة والأدوار المتوقعة لوالدين،
بحوث ودراسات في التربية الخاصة، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، ودارة
التربية والتعليم، المجموعة 2، 3 أكتوبر

- صالح، شيرين (2002) **فاعلية برنامج بورنيدج للتوعية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمو الاجتماعي لتقبل ما قبل المدرسة**، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة
- الصمادي، جميل، الناطور، ميادة، التوحوي، عبد الله (2003) **تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى**، الكويت: منشورات الجامعة العربية، القاهرة
- عبد الحميد، محمد إبراهيم (1999)، **تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين حركياً**، ط 1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد الرحيم، محمود (1981)، **نمو السلوك الشخصي والاجتماعي للطفل**، الرردية في ضوء الأنشطة لتنظيم خطة العمل بوزارة للتربية والتعليم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة
- عبد الرحيم، عبد المجيد (1996)، **تنمية الأطفال المساقين، الطبعة الأولى**، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
- عبد العالي، سيد وطه، فرج (1979) **اختبار المقصوفات المتتابعة القوائم 1، ب، ج، د، هـ ونهجه والنظن**.
- عبد العاقر، فادية إبراهيم (2002)، **فاعلية استخدام برنامج صلاح معزلي سلوكي في تنمية الانتماءات والحوافظ لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآباءهم**، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة
- عبيد، ماجدة السيد (2001) **مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى**، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- صجاج، شيرين (1998)، **استيعاب الفهم القرآني**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صبلان، مضاف (2002)، **صعوبات التعلم الأكاديمية**، وعلاقتها بكن من اضطراب القصور في الانتباه - النشاط المفرط واضطراب السلوك لدى التلاميذ في المرحلة الابتدائية - مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، 18 (1)، 62-108

- القريوني، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995)، التدخل إلى التربية الخاصة، العين، مكتبة الفلاح.
- القريوني، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (2001) التدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دبي: دار النلم
- القمشر، مصطفى (2000)، الإعاقة السمعية واضطرابات النطق والكلام، ط1، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع
- القمشر، مصطفى، والمخيط، خليل (2010)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)، ط3، عمان: دار المسيرة
- القمشر، مصطفى، والصمادي، سامي (2007)، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، ط1، عمان: دار المسيرة.
- القمشر، مصطفى، والمخيط، خليل (2010)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، عمان: دار المسيرة.
- فدين، شاكز حطة (2000)، التدخل المبكر، المؤتمر السوري لكلية التربية، جامعة المنصورة، المنصورة، مصر
- كرم الدين، ليلى أحمد (1994) برنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً للتأهيل لتعلم من أفعال مدروس التربية الفكرية، القاهرة
- الكسواني، ماز (1993). النشال النعاهي (التطور الحركي والإدراكي)، عمان: وهران للنشر والتوزيع
- كفاي، علاء الدين (1999) الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- محمد، خالد حامد (1997)، العلاقة بين النمط الشكلي والاستجابة للأفعال في متلازمة داون، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

- محمد، نجوى عبد الحميد (1998)، *دورة تدريبية في الوراثة والتدخل المبكر للطفل، انعمولي، المركز القومي للبحوث، قسم الوراثة البشرية، القاهرة.*
- محمد، نجوى عبد الحميد (1999) *الوراثة والتدخل المبكر مع الطفل المنفومي، مجلة أخبار المركز القومي للأبحاث، المركز القومي للبحوث، القاهرة*
- محمد، نجوى عبد الحميد (1999)، *مساعدة الأطفال المصابين بمتلازمة دارن، خدمة برنامج التدخل المبكر في مصر، المركز القومي للبحوث، قسم الوراثة البشرية.*
- محمد، نجوى عبد الحميد (2000)، *المرأة والطفل، رواج الملق ذنباً، جريدة لأهرام، القاهرة*
- لمرجة العشرة لتصنيف الدولي للأمراض- تصنيف الاضطرابات النفسية والنسوية لأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (1990) (ICD/10)، منظمة الصحة العالمية للكتبة الإقليمية للشرق المتوسط بمرجه وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بالقاهرة بإشراف لأستاذ الدكتور أحمد عكاشة.
- مراد، صلاح (2005)، *الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والنسوية والاجتماعية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية*
- موسى، أسماء (1989)، *تنمية بعض المفاهيم الرياضية في ضوء نظرية بياجيه للنمو المعرفي لدى أطفال ما قبل المدرسة، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.*
- موسى، كمال إبراهيم (1996)، *مراجع في علم التنفس، القاهرة، دار البشر للجامعات.*
- الط، محمد (1989)، *الجسم البشري، مؤسسة الرسالة، بيروت.*
- ملكة، نوس كامل (1998)، *الإعاقة العقلية والاضطرابات الانفعالية، القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس*

- موني وايت وروبرت ج كامبيرون، ترجمة مهام عبد السلام (1993) الدليل العلمي لبرنامج بورتيدج للتربية المبكرة (الطبعة المصرية التجريبية)
- وزارة التربية والتعليم (1997) المصمم الوجيز، القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
- وزارة التربية والتعليم (1999) برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيدج)، الدليل العملي
- وزارة التربية والتعليم (1999) دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيدج)، منشورات الامتصاف.
- وسامي، سمير مور (2003) التدخل المبكر وعلاقته بدمج مجازات النمو المختلفة للأطفال للمصابين بأمراض متلازمة تاو، رسالة ماجستير، مصر مشروء، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر
- يحيى، خولة (2003) الاضطرابات السلوكية والإضعاف. الطبعة الثانية، عمان دار الفكر
- يوسف، الفت محمود (2000) مشروعات مشاركة الأمهات في البرامج التطويرية لأطفالهن المعاقين حركياً والتجنيرات التي لهن ولدى أطفالهن، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة

- ADHDQ (2004). An Introduction to ADHD: The History and the Characteristics of ADHD <http://www.adhd.net>.
- Ableson, Maricela, et al. (2002). Evidence for language impairment trait Li- cken on chromosome 7 in multiple Autism families. *American J. Hum GENET* 70(1):50-71
- Ableson, M. DeFries, J. C. & Light, J. G. (1997). A twin study of mathematics disability. *Journal of Learning Disabilities*, 30 (6), 617-623
- American Psychiatric Association.(1996). (4th ed) *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Primary Care VERSION*, Washington, Dc.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV* American Psychiatric Association Washington D C
- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* American Psychiatric Association, Washington, D C
- Ardila, A. & Rosselli, M. (2002). A Callosal and Dyscalculia. *Neuropsychology* 12 (4), 179-231
- Ate Azharic Youssef, Nura Fa al. (1982). "Facial Expression of Emotion Expr² Children Differed from Mentally Retarded and Normal Children. *Resources in education*. Vol (22), No 1 P 62
- Ashcraft, M. H., Yamashita, T. S. & Aram, D. M. (1992). Mathematics Performance in Left and right brain-lesioned children and adolescents. *Brain and Cognition*, 19 (2) 208-252 (APA Psycinfo).
- Baccichetto C, Longato E, Pagano R (1998) Down syndrome in the Belluno district (Veneto region, Northeast Italy): Age distribution and morbidity. *Ann. J. Med. Genet.* 7 pp 84-86
- Bodian, N. A. (1999). Persistent arithmetic reading or arithmetic and reading disability. *Annals of Dyslexia* 49:44-78
- Bailey D B Jr McWilliam, R A Ramey V and Wootley P W (1991) Methods in context of comparing values in early childhood education. *Early childhood research Quarterly* vol. 13, no. 1 pp 27-47
- Bailey D Samcoeeman, R. Yoder, D. & Hamington, G. (1990) Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families. *Exceptional children*, 57 pp.26-35

- Dumas and Winter RM (Eds.) (1996) Chromosomal disorders. In "Crier Atlas of congenital malformation syndromes". pp. 2 London: Mosby-Wolfe
- Barkley, R. (.997). Same of Time in Children with ADHD. *Journal of the International Neuropsychology Society* 359-364
- Barraga, N. (1983) *Visual handicaps & Learning*. Austin, Texas PRO ED
- Barron, S. B. (1992). Developmental Dyscalculia: A neuropsychological Perspective. *Dissertation Abstract International*. 53 (6), 3175.
- Beemerer A. A. & Bachrach, V. R. (1996) A critical analysis of the infant habilit and developmental program intelligence, 21, pp 79-104
- Benedetto, N. & Tannock, R. (1999). Math Computation, Error Patterns and Stimulant Medication Effects in Children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 3, 21-34
- Bennett, T. De Luca, D. and Burns, R. (1997): Putting inclusion into practice: "Perspectives of teachers and parents" *Exceptional children* Vol. 64 no. 1 pp. 31-115
- Dergian E, Erikson M, Johansson I, (2001) Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome
- Endersson, et al. (2004). Impact to Executive Function Deficit and Attention Deficit Hyper Activity Disorder on Academic Outcomes in Children, *Journal of Council and Clinical Psychology* 72 757-766
- Engel, J. L. (1986): *Teaching individuals with physical & multiple disabilities*. Columbus, Ohio Charles E. Merrill.
- Black, E., Nagel, D. (1982). *Physically handicapped children: A word and atlas for teachers* (2nd ed) NY: Grune & Stratton.
- Bowly, Aynsle & Gordon, Louis (1972) *The Handicapped Child*, Churchill Living stone.
- Bradthorpe E (1994). The diversity of epilepsy in adults with severe developmental disabilities. Age at seizure onset and other prognostic factors. *Seizure* 3 (4) pp. 277-285
- Bryne Singh (1996) *The world of the Autistic child understanding and training Autistic Spectrum Disorder* Oxford University press, Inc.
- Butler Worth, B. (2005). Dyslexia and Dyscalculia are view and Programmat of Research. (www.mathematicaltrials.com).

- Baynam, V. & Bailey, D. B. (1991) Behavioral and developmental outcomes in young children with disabilities in integrated and segregated settings: a review of comparative studies. *Journal of special education*, 25(4), pp.434-461
- Baynam, V., Wootley, P. B. and Kayser, L. (1998) Implementing early childhood inclusion: barriers and support factors. "Early childhood" research quarterly Vol 13, No. 1 pp 84-100
- Carlson, C. & Turner, L. (2000) The Effect of Reward and Punishment on the Performance and Motivation of Children with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 73-81
- Carlson, C. L., Fulham, W. E., Swanson, J. M. & Wagner, J. L. (1991) A divided attention analysis of the effect of Methylphenidate on arithmetic performance of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Children Psychology and Psychiatry* 32, 31-46, 47.
- Catherine, Maurice, (1996) Behavioral Intervention for Young children with Autism, A manual for parents and Professionals, PRO-ED, Inc, Austin, Texas.
- Chapman, P. Lawson, R. (1996) Developmental competence in children with down syndrome: Two part study. *Brit. J. Devol. Disabil.* 33 pp. 112-124
- Chapman, R. S. (1994) Language development in children and adolescents with down syndrome. In: Fletcher & B. Mac Whinney (Eds.), *Handbook of child language*. Pp 641-663. Oxford, England: Black well publishers.
- Cicchetti, D. & Beeghly, M. (1990) An organizational approach to the study of Down syndrome: contributions to an integrative theory of development. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *children with Down syndrome: a developmental perspective*. Pp. 39-62. Cambridge, England: Cambridge university press.
- Cirino, P. T., Morris, M. R. & Morris, R. D. (2002) Neuropsychological Consequences of Educational Shifts in College Students Referred for Learning Disabilities. *Developmental Neuropsychology*, 21, (2), 29, 215. (www.ccsd.org).
- Clayson, M. & Dodd, J. L. (2004), *Neurovestibular Postural Dysfunction*. *Pediatric Annals*, 34, (4), 121-127 (www.pediatrics.com)
- Cohen, Donald. & Capatkin, Barbara. (1978) "Childhood Autism", *Readings in Autism*, pp.34-37

- Connolly B. H., Morgan, S. B., Roberts E.F. and Fulkner, W. L. (1993): A longitudinal study of children with down syndrome who experienced early programming. *Physical Therapy*, 73 pp. 70-181.
- Cantwell D. P. & Baker L. (1991): Association Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24 (1) 65-95.
- Cycho L., Jones P., Sigal M. (1993): Counting by children with developmental Age 1 Mental Retardation. 95, pp. 575-583.
- Dalton A. J. (1992): Disruptive to Down syndrome: methods of evaluation. In Nadel, Eyal et al (eds): "Autism disorder and Down syndrome" pp. 11-79 New York: Brunner/Mazel.
- Dalton, A. J. (1993): Attention disorder: A health risk of growing older with Down syndrome. In Nadel L., Rowland D. (Eds): "Down syndrome: Living and learning in the community" Pp 58-64 New York: Wiley-Liss.
- Dalton, M. E. & De Chorney, A. H. (1993): Premal diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 433-8.
- D'Angelo A. & Sager, L.S. (1993): Cognitive Functioning as Measured by the WISC-R in Children with Learning Disabilities Have Distinctive Pattern of Performance. *Journal of Learning Disabilities*, 26 (1): 48-59.
- De Chateau J. Tarnow (1990): Attentional disorders. In Emery AEH, Rutter M. (Eds): "Principles and practice of medical genetics" vol 2, pp 247-255. Edinburgh, London, Baltimore, New York: Churchill Livingstone.
- Dalton, J. G. M. & Dalton J. (1993): Changes between positive and negative Reinforcement during treatment for escape motivated behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 24 521-524.
- Denckla, R. (1982): Visual Impairment, Exceptional children 49 Years. Columbus, Ohio: children's Merrell.
- Denckla, R. M. et al (1982): Educational intervention for children with epilepsy: a challenge for collaborative service delivery. *Journal of special education*, 16, 1-12.
- Detemmer, D.K. & Thompson, L.A. (1997): What is special about special education? *American psychologist* 52 pp. 1083-1090.
- Diagne E. Berthel (1992): Autism, Identification, Evaluation, and Treatment. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Donald, L. A., Mahoney W., Fox, C. and Johnston-Gentry K. (1996): An analysis of the perception and characteristics of

childcare Personnel regarding inclusion of young children with special needs in community-based programs: topics in early childhood special education vol 15, no 2 pp 78-110

- Dunlap, G.E. et al. (1999), Autism and Autism Spectrum Disorders (ASD) & IEC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Review.
- Dunlap, Glen & Kerner, Robert L. & Earl, Andrew (1979), "Autistic Children in School" *Exceptional Children*, Vol.(45), no7, pp.552-556
- Dunn, C.J. (1988) Sensorimotor development of infants with Down syndrome. In D. Chebetel & M. Bourghly (eds.) *Children with Down syndrome: A developmental perspective*. Pp 180-230 Cambridge England: Cambridge University Press
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hoot, C. L., McLooney, R. E. (1998) Peer Tutoring for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on Classroom Behavior and Academic Performance. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31, 579-592
- Dykens, E.M., & Kamen, C. (1997). Maladaptive behavior in children with pender-with syndrome-down syndrome, and nonspecific mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 102, pp 228-237
- Dykens, E.M., Hallupp, R. M. & Evans, D. W. (1994): Profiles and development of adaptive behavior in children with down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 98, pp 580-1000
- Evered, Margaret P. (1976) *An Approach to Teaching Autistic children*, National Society for Autistic children, London
- Farnese, S. V., Buchanan, J., Lohrsh, K.B., Spencer, T. & col. (1991): Institutional Performance and School Failure in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and in their 5 Sings. *Journal of Abnormal Psychology* 1006 (4), 616-632 Available at (<http://www.apa.org/journals/abn.html>)
- Frawley, A. & Roberts (1996) Program evaluation findings of an intensive early intervention program Deline Inst, Miami, FL VA A *American Journal on Mental Retardation*, Vol (101) N(3) pp. 233-243
- Foxman, S.R. (1979), *Developing the Individual Educational Plan, Education and Treatment of Children*, (2), 43-54

- Yen, L., Marissa, M., Volic, & Ching, E. (1994): Developmentally appropriate practice: Applications for young children with disabilities. *Journal of Early Intervention* 18(3), pp. 243-257.
- Frick, B. et al. (2008) The Status of Teacher Knowledge of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 4, 91-101.
- Geary, D. C. (1997): Mathematics Disability: Cognitive, Neuropsychological, and Genetic Components. *Psychological Bulletin*, 124, 345-383.
- Geary, D. C. (2004): Mathematics and Learning Disability. *Journal of Learning Disabilities*, 17(1) 4-15.
- Geary, D. C. (2006): Dyscalculia at early age: Characterization and Potential Influence on Socio-Educational Development. In: Tremblay, R. B. (ed.) & Peters, R. D. (ed.) *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online). Montreal: Quebec Centre of Excellence for Early Childhood Development. 2006. 1-6. Available at <http://www.earlychildhood.ca/children/documents/gearyeng.pdf>
- Gosses, T. (1994): *Aural Rehabilitation of Adults with hearing impairment*, 2nd (ed) Hard back of clinical audiology. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Urethan, G. (1995): Long-term outcomes of early childhood programs: analysis and recommendations for the future of children, vol. 5, no. 3 winter.
- Urethan, N., Blum, M., Schwartz, G., Yen-Shaparian, M. & Joubert, R. (2006): Efficacy of Methylphenidate in Children with Attention Deficit, Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 31 (1), 46-52.
- Urethan, N., Blum, M., Schwartz, G., Yen-Shaparian, M. & Joubert, R. (2004): Response to methylphenidate in ADHD children versus without learning disabilities. *Child & adolescent psychopharmacology news*, 9(6).
- Greenberg, V., Mann, O. & Apter, N. (1995): Developmental right hemisphere syndrome: a critical perspective of nonverbal disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 171. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-2195\(95\)24641-2](http://dx.doi.org/10.1016/0022-2195(95)24641-2)
- Greenberg, V., Mann, O. & Shiner, R.S. (1996): developmental dyscalculia: Prevalence and demographic features. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18 (1), 25-33.

- Gardach, M. J. (1988) Major accomplishments and future directions in early childhood mainstreaming. *Topics in early childhood special education* 10, 17.
- Gardach, M. J. (1991) the next decade of research on the effectiveness of early intervention. *Exceptional children*, 58 (2), pp. 174-183.
- Gardach, M. J. (1993) Second generation research on the effectiveness of early intervention. *Early education and development*, 4, pp. 161-179.
- Hallahan D. & Kauffman, J. (1991) *Exceptional children: Introduction To Special Education*, Allyn & Bacon Boston.
- Hallahan, D. Kauffman, J., 1991, *Exceptional Children*, Englewood Cliffs Hall New Jersey, Prentice Hall.
- Hallahan, D. & Kauffman J. (1994) *Exceptional children: Introduction To Special Education*, Allyn & Bacon Boston.
- Harvick, M. L. S & Rauter, B. P. 1984. Primary identifying features of the syndrome of overvalued learning disabilities in children. *Journal of learning disabilities*, 27 (3), 44-154.
- Kasari, RJA (1995) Neurological problems associated with down syndrome. In Nade' ... Rowenthal D (Eds) "Down syndrome: Living and learning in the community", pp. 223-229 new york: Wiley-liss.
- Howard A. (1992) *Mental Retardation* (In) Raymond & I curran (ed): *Encyclopedia of psychology* no. (7) 34 (1) pp. 49.
- Hayden, A. & Pined, C. (1997) The case for early intervention. In R. Yost & F. Edgar (Eds) *Teaching the severely handicapped*, Austin: American association for the severely/profoundly.
- Hayden, A., & Burshaw M. L. (1999) Down syndrome: Pediatric clinics of North America, 48, pp. 521-535.
- Health Center, (2000) *Special Considerations at School & at The Health Center* <http://www.cdc.gov/ncbddd/developmental>, for edu. (and English/Brass and/links.htm.
- Helen Bee (1997) *The developing Child* seventh edition, Harper Col the college, New York p 62.
- Hernandez D. and Puder EMC. (1996) Down's syndrome Genetics: Unraveling a Multifactorial Disorder. *Human Molecular Genetics*, Vol 5 pp 141-1414.
- Horvath, John (1991) Portugal multi state outreach project final report comparative educational survey agency 5 portugis e 117 doc.

- Howard, W. & Oransky, M. (1988). *Exceptional children*. Columbus Charles E. Merrill.
- Hopmann, M. R., & Nuthall, M. B. (1994). Early vocabulary of normal and developmentally delayed infants: A longitudinal perspective. Poster session presented at the annual meeting of the society for pediatric research, Seattle
 - Hussein, N. A. & Abdul Ghafar, Gh. M. (2006). The learning disabilities associated with attention deficit-hyperactivity disorder department of psychology, faculty of Arts, Menoufia University, Psychological therapy (Optimal View) conference, 12-14 Febrai.
 - Jacobson, W. (1993). *Art and Science of teaching Orientation and Mobility to persons with Visual Impairments* New York: American Foundation for blind.
 - Jordan, N. C. & Montan, T.O. (1997). Cognitive arithmetic and problem solving a comparison of children with specific and general mathematics difficulties, *journal of learning disabilities*, 30 (6), 624-634.
 - Jose, R. (1983) *Understanding Low Vision*. New York, American Foundation for the blind
 - Kaplan, G. A. (2004). Longer Eye Contact Improve ADHD Children Compliance with Parental Commands, *Journal of Attention Research*, 8, 17-23.
 - Klingberg, M. (2005) Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD, A Randomized Control Trial, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 177-186.
 - Kirk, S. A. & Gallagher, J. J. (1989). *Educating exceptional children*, (6th ed). Boston: Houghton Mifflin company
 - Kirk, S. A. & Gallagher, J. J. (1982). *Educating exceptional children*. (2nd, ed) Houghton Mifflin company Boston.
 - Knichich, Petra, (1980). *Teaching Emotionally Disturbed Children*. Boston: Houghton Mifflin Company
 - Kosc, L. (1974). Developmental dyscalculia. *Journal of learning disabilities*, 7 (3) 164-177 (www.sagepub.com)
 - Laura B. Osmehon V, Mirelle P. De Foaia Ville B (1995). Early interdisciplinary specialized care of children with Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds): "Down syndrome: Living and learning in the community", pp 207-212

- Lee, P. (1993): the development of early language and object knowledge in young children with mental handicaps. *Early child developmental and care*. Vol.6) N(8) pp. 53-63
- Lee Swanson, H. & Jerman, O. (2006): Math disabilities: Associative meta-analysis of the literature. *Review of educational research*, 76 (2), 249-274
- Lerner, J. (2000): *Learning Disabilities: Theories, Diagnosis, & Teaching Strategies*, Houston: Mifflin Boston
- Lerner, J. (2000): *Learning Disabilities. Theories, diagnosis, and teaching strategies* (8th ed) Boston: houghton Mifflin company
- Lightdale, J. & (2001), Efficacy of intensive socialisation on language and behavior of children with Autism and gastrointestinal symptoms: single, EPO blinded, open label pilot study. *Pediatrics* 108(5).
- Linderman, J. (1981). *Psychological and behavioral aspects of physical disability* NY: Plenum Press
- Lindsay R.F., Tomer, T., Levine, M. D. & Accardo, P. J. (1999). Impact of attention dysfunction in dyscalculia. *Developmental medicine & child neurology* 41: 619-642
- Lynn F. Mc Gurnahan, Ph. D. & Patricia J. Kranz, Ph. D. (1999). *Activity Woodbine House: Schedules for Children with Autism*
- Mahoney, C., Robinson, C., Fowell R. R., 2001. The effects of early motor intervention on children with down syndrome or cerebral palsy: a field-based study
- Marston, D. (1995): Understanding behavior in its developmental context. In Nade, L. Resenthal, J. (eds). "Down syndrome: living and learning in the community," pp 29-30. New York: Wiley-Liss.
- Marcus, Lee (2003). *Structured teaching*. Chapel Hill: P. Division Teach-Treatment and Evaluation of Autistic and Related Communication
- Marfo, K. (1990): Maternal directiveness in interactions with mentally handicapped children: an analytical commentary. *Journal of child psychology and psychiatry* 31 pp 531-549
- Marshall, R. M., Handwork, M. L. & Hall, J. (1997): Comparing the Academic Performance of Children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, October 635-642
- Marshall, R. M., Schuler, V. A. & McDonald, L. (1999). Arithmetic disabilities and ADHD subtypes: implications for DSM-IV. *Journal of Learning Disabilities*, 32 (3), 239-267

- Masumoto N, Nishida N, Mikawa M (1995): Letter to the editor: confirmation of down syndrome critical region by FISH analysis in a patient with adsl. (21) (p11). *Ann. J. of Med. Genet.* 59: 521-522.
- Maurer, A, Aarons & Tessa, Genuis, (1987). A check list of behaviors and skills for Children showing Autistic Features, in *This Autism*, Nfer- Nelson Publishing Company Ltd.
- Mawhood, D & Howlin, (2005). The Effect of Computer Assisted Instruction on the Mathematics Performance and Classroom Behavior of Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9, 301-312.
- Mayes, D. S., Calhoun, S.L. & Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities* 33 (5), 417-423.
- Mc Colgan, I, Rowan, L. & Thorp, E. (1994) Philosophy in training in infancy personnel preparation. *Journal of early intervention*, 18, 216-226.
- Mc Donnell, J. M., Hardman, M. L., Mc Donnell, A. P and Kiefer, O. Downell, R. (1995) *Introduction to persons with severe disabilities*. Boston. Allyn and Bacon. P 107
- Mc William R. A. (1996): *Rethinking pull-out services in early intervention. A professional resource*. Paul H. Brookes publishing. Co. London. P 185
- Mc William R. A. (1996): *Rethinking pull-out services in early intervention. A professional resource*. Paul H. Brookes publishing. Co. London. P 22
- McArthur, C. W., Bhavnik, S., Thorp, C.F., Havick, A., Bradford, D., & Watson, J. M. (2006). Epilepsy in adults with intellectual disabilities: prevalence, Association and service implications. *Seizure*, 15 (6) 376-386.
- McInnes, et al. (2003) Listening Comprehension Deficit in Boys with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31: 427-433.
- Mersels S.J, Dacheinelle M, Low FR (1993): A multidimensional analysis of childhood intervention programs. In Zeanah C (Eds.) *Handbook of infant mental health*, pp. 361-386. New York: The Guilford press.
- Michael Heron & Robert J. Aamman (2000): *Advanced abnormal child psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, p. 341.

- Michael J. Gesslback (1997): The effectiveness of early intervention for children with down syndrome, Paul H. Brookes publishing company pp 26
- Mikkelsen M (1981): Epidemiology of trisomy 21: population, perinatal and neonatal data. In Burgio GR, Fraccaro M, Tiepolo L, Wolf U (Eds): "Trisomy 21" pp 211-236. Springer, Verlag.
- Mikkelsen M, Poulsen H, Nielsen KG (1990): Incidence, survival and mortality in Down syndrome in Denmark. *Ann. d. Med. Genet. (suppl)* 7 pp 74-82
- Miller J (1992): Development of speech and language in children with down syndrome. In IT Lon A & McCoy (Eds): Down syndrome: Advances in medical care, pp 19-30. New York: Wiley-Liss.
- Miller, SP & Marner CD (1997): Educational aspects of mathematics disabilities. *Journal of learning disabilities*, 30 (1), 47-56
- Morahan PM, Dunn DH, Lyon CM (1993): Managing the care of patients with mental retardation: A survey of physicians. *Ment Retard* 31 (4):239-246.
- Mormann, MC, Farane, SV, Herring, K., Navarra, Nm & Broderman, J (2005). ADHD And dyscalculia: Evidence for independent familial transmission. *Journal of learning disabilities*, 38 (1).
- Murphy, V & Hicks-stewart, K (1991): Learning disabilities and attention deficit-hyperactivity disorder: An interactional perspective. *Journal of learning disabilities*, 24 (7), 386-397
- Nadel L (1995): Neural and cognitive development in Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (eds): "Down syndrome: Living and learning in the community" Pp. 107-114. New York: Wiley-Liss
- Nagwa Meguid, Hassan Afifi, Samra Ismail, Randa Elwanous (1999): Assessment of children with Down syndrome attending early intervention program in Egypt, Third World Organization for women in science (Trowis), (1999) Proceedings of the second general assembly and international conference women, science and technology for sustainable development 4-11 February, Cape Town, South Africa
- Napolitano G, Satta M A, Neri G, Menzies F (1990): Growth delay in Down syndrome and zinc sulfate supplementation. *Ann. d. of Med Genet. (suppl)* 7 63-65

- Newman, M.R. (1996) The dyscalculia syndrome. Master of Science special education thesis. (www.dyscalculia.org/theses.html)
- Northern J & Jowett, P (2002) *Hearing in children*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- O'Brien J (1994) Down stairs that are never your own: supporting people with developmental disabilities in their own homes. *Mental retardation*, 32(1), 1-6
- Olery et al. (975). *Autism: Behavioral Approaches to Treatment, Readings in Autism*.
- Ontario Ministry of Education, Special Education and provincial School Branch. (1990) *Special Education Monographs*, (4). *Students with Autism* Toronto Ontario
- Orkisz, E.M "Childhood Autism- A review of the Clinical and Experimental literature" (118). (1973) pp.21-47
- Passaniti R J, Walter SD, Russell DL, Rosenbaum PL, Gomez Galuppi Be, Cunningham L. (2001) Cross motor function of children with Down syndrome: creation of motor growth curves. *Paken , C G & Spruicer ,Betty L. "A check list of Autism of Early Life" The West Virginia Medical Journal, Vol,55 (6) 1959 pp.198-203*
- Parks, Susan L. "The Assessment of Autistic Children: A Selective Review of .3. Vol. Available Instruments" *Journal of Autism and Developmental Disorder* 1983 pp.255-267
- Patricia C. Wonders P.T (1999): *why physical therapy in Down syndrome*, Pat Wonders, Holland. Pp 2-4
- Patton, J., Blackburn, J & Fed, K. (1996). *Exceptional individuals in focus*. Englewood Cliffs, N. J Prentice.
- Paul, Rhea, & Cohen, Donald, J. (1986) "Comprehension of Indirect Requests in Adults With Autistic Disorders and Mental Retardation: Early Current in data to Journals in Education, Vol 18, No 5. P 36.
- Paul A & Anne, c.(1995). *Applied Behavior Analysis for Teachers*, Fourth Ed New Jersey Tion prentice- Hall inc
- Pfeiffer, s. ET al: (1995) Efficacy of vitamin B6 and magnesium in the treatment of Autism: methodology review and summary of outcomes, *Journal Autism Developmental disorder*, 25(3) 481-93

- Pinson, S. et al (2001) The Effect of Child Characteristics on Teachers' Acceptance of Classroom-Based Behavioral Strategies and Medication Treatment of ADHD. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 30, 4, 3-12.
- Pisoni KH, Lerman M, Luppino LD (1992) The cardiovascular capacities of adults with Down syndrome: 2 comparative study. *Medical science and sports exercise* 24, 11-19
- Puzan G R, Ryan F (1997) MS. Rubello D, Bernard B, Borchetta (1990) Thyroid function in patients with Down syndrome: Preliminary results from our institutionalized patients in the Veneto region. *Ann. J. of Med. Genetics (suppl)* 7 pp 11-18
- Puzoschi SM (1997) Clinical aspects of Down syndrome from infancy to adulthood. *Ann. J. of Med. Genetics (suppl)* 7 52-56
- Puzoschi SM (1995) Musculoskeletal disorders in persons with Down syndrome. In Nadel, Rosenthal, D (Eds) "Down syndrome: Living and Learning in the community" pp 216-222. New York: Wiley-Liss
- Puzoschi SM, Reuser H, Perzella K (1991) Behavioral observations in children with Down's syndrome. *J. Ment. Defic. Rep* 15 pp. 502-511
- Puzoschi SM, Loun S, Mc Knight P (1991) Seizures disorders in Down syndrome. *Arch. Neurol* 48 pp 118-120
- Rubner D (2002). A New Way of Looking at ADHD, Barkley's Theory www.barkleyand.com
- Rubner et al, (1999) Role of Attention Problems in The Development of Children's Reading Difficulties. *Journal of Attention Research Update* March.
- Rutter M and O'Connor (1993) Clinical follow-up of adolescents and adults with Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds), "Down syndrome: Living and Learning in the community" Pp 238-246. New York: Wiley-Liss
- Rivers, D.P (1997) Mathematics education and students with learning disabilities: introduction to the special issue. *Journal of learning disabilities*, 30 (1) 2-9
- Robert, J. & Lynn, K. (1995) Teaching Children with Autism: Strategies for Initiating Positive Interaction and Improving Learning Opportunities. Paul H. Brookes Publishing Co. Inc
- Rondal JA (1995) Perspective on grammatical development in Down syndrome. In Nadel, L, Rosenthal D (Eds), "Down syndrome: Living and Learning in the community" pp. 132-133. New York: Wiley-Liss.

- Rumburg, P. B. (1980). Perceptual-motor and attention correlates of developmental dyslexia in *Annual Review* 26 (2), 215-230.
- Ronzelli, M. Andia, A. (1989). Calculation deficits in patient with right and left hemispheric damage. *Neuropsychological*, 27 (6) 607-612 (www.sciencedirect.com)
- Ronzelli, M. Marini, E., Pado, N. Andia, A. (2006). Memory abilities in children with subject of dyscalculia. *Developmental Neuropsychology*, 30 (1), 801-813 (www.sciencedirect.com).
- Rourke, B. P. (2001). Neuropsychology of learning disabilities: past and future. *Learning disabilities quarterly*, 24 (2), 111-114.
- Rourke, B. P. (1995). The of nonverbal learning disabilities: Developmental manifestation in neurological disease disorder and dysfunction. *The clinical neuropsychologist*, 2, 294-330.
- Rourke, B. P. (1989). *Nonverbal learning disabilities: The syndrome and the model*. New York: Guilford Press.
- Rourke, B. P. (1993). Arithmetic disabilities: specific and otherwise: a neuropsychological perspective. *Journal of learning disabilities*, 26 (4), 241-226.
- Rowley, T. & Reigel, D. (1993). *Teaching the student with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and Definition of Child hood Autism," *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, Vol. (8), No 2, pp.139-161.
- Sadler MA (1996). *Autism: screening for Down syndrome*. Postgraduate Doctor Middle East (1996) 20-24.
- Seifer, D. I. & Allen, R. P. (1976). *Hyperactive children: Diagnosis and management*. Baltimore: University Park Press.
- Samuel, A. Kirk Jones, J. Gallagher, Nicholas J. Association. (1991). *Educating exceptional children*, Houghton Mifflin company p 15.
- Schacter, C. R. (1992). Perspectives on an oral motor activity: the use of rubber tubing as a "chewy". *The American Journal of occupational therapy* 46, 344-352.
- Schwab, W. (1991). Adolescence and young adulthood issues in medical care, sexuality and community living. in Nadel L, Ronzelli, D (Eds). *Down syndrome: Living and learning in the community*, pp 230-237.
- Shapiro, Eric, Mesibov, Gary B. and Hickey, Kathy (1995). *Structured teaching in Teacch system* in. Schopler and Gary B.

- Moskowitz (Eds). *Learning and cognition in autism*. New York: London: piramem Press.
- Scahill, M. C. & O'Brien, G. (2001). Attention Deficit hyperactivity disorder review of ADHD in learning disability: the diagnostic criteria for psychiatric disorder for use with adult with learning disabilities (LDA) criteria for diagnosis. *Journal of intellectual disability research* 41 (4), 26-31.
 - Shalev, R. S. & Gross-Tsur, V. (1995). Developmental dyscalculia and reading impairment. *Journal of learning disabilities*, 26 (2), 134-137.
 - Shalev, R. S. (1997). Neuropsychological Aspects for developmental dyscalculia. *Mathematics Cognition* 3 (2), 105-120.
 - Shalev, R. S., Averbach, J. & Gross-Tsur, V. (1995). Developmental dyscalculia: behavioral and attention aspects. *Psychology and psychiatry*, 36 (7), 1261-1268.
 - Shalev, R. S., Manor, O. & Gross-Tsur, V. (2003). Developmental dyscalculia: a prospective six year follow up developmental. *Medicine & Child Neurology*, 47, 121-125.
 - Shalev, R. S., Manor, O. & Inbar, B. (2004). Developmental Dyscalculia in learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 34 (1), 59-65.
 - Shalev, R. S., Manor, O., Averbach, J., & Gross-Tsur, V. (1996). Persistence of developmental dyscalculia, what counts? Results from a 7-year prospective follow up study. *The Journal of pediatrics*, 133 (3), 358-362 (www.sciencedirect.com).
 - Shalev, R. S., Wechsler, R. & Amir, N. (1998). Developmental Dyscalculia. *Cortex*, 26 (4), 555-561.
 - Shinn, J., Wagner, M. (1999). *Inclusive Programming for Elementary Students with Autism*. Future Horizons.
 - Shen, J., Williams, R., Zupardy, A., Doyle, J., Sherman, S., Jacobs, P., Shaper, A., Suckup, S., Harnold, T. (1995). Cytogenetic and Molecular studies of Down syndrome individuals with Leukemia. *Am. J. Hum. Genet.* 56 pp 915-925.
 - Shonkoff, J. P., Hauser-Cram, P., Kratoch, M. W., Upshur, C. C. (1997). Development of children with disabilities and their families: Monographs of the society for research in child development, 57 (Serial N 230). Pp. 21-22.
 - Shonkoff, J., Mevius, S. (1991). Defining eligibility criteria for services under P. L. (97-49). *Journal of early intervention*, 15, pp 21-25.

- Short, Andrew B & Marcus, Lee M. (1986) *Psychosocial Evaluation of Autistic and Adolescents with Low Incidence Handicaps*, Lazarus, J. & Scharf, S. (Eds) Grune & Stratton, Inc.
- Siegel, L. S., & Ryan, E. B. (1989) The development of working memory in normally achieving and subtypes of learning disabled children. *Child development*, 60, 973-980
- Silver, I. B. (1990) Attention Deficit Hyperactivity disorder: Is it a learning disability or a related disorder? *Journal of Learning Disabilities*, 23 (7), 394-397
- Smith, D. (1980) Introduction to Special education: Teaching in an age of Challenge. of challenge, Allyn & Bacon Boston
- Soud, Catherine, M. (1999) An Intervention Approach for Children with Teachers and Parents Identified Intermittent Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 581-590
- Snyders R, Holzner, W, Cuckie H, Nicolaidis K. (1994). Maternal age-specific results for breeches at 9-12 weeks gestation. *Prenat. Diag.* 14: pp. 543-552
- Spitzer, R.L. Catweil, D.P. "The DSM-III Classification of the Psychiatric disorder of infancy childhood, and adolescence" *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* Vol 19 1980. pp. 356-370.
- Stach, B. (1998). *Clinical Audiology*, Singular Publishing group Inc San Diego.
- Stayton V. & Johanson, L. (1990) Personnel preparation in early childhood special education. *Journal of early intervention*, 14, pp 342-353
- Stratisson, CE, Putnam OF, Galmare HE, Wenzel, KE. (1991): Senescent children with Down syndrome: Biology, characteristics and outcome *Dev Child Neurol* 33 pp. 191-200
- Strong, J. D., & Route, B. P. (1983) Arithmetic disabilities subtype: the neuropsychological significance of specific arithmetic impairments childhood in Souler, R. P. (1985) *Neuropsychology of Learning Disabilities: essential of Subtype analysis* (pp. 67-183) New York: Guilford
- Thaut, Michael H. (1989) "Measuring Musical Responsiveness in Asperic Children: A Comparative Analysis of Supervised Musical tone Sequences of Autistic Normal And Mentally Retarded Individuals" *Ertes Corres in des up Journals in Research*, Vol. (21) No. 6, P 39

- The British psychological society (1996) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A psychological respond to an evolving concept. ST and sons House 48 Princess Road East Leicester LE1 7DL.
- Tannock R. & Cohen R. (1998) Language Deficit with Attention - Hyperactivity Disorder: A Persistent Co-Morbidity Early Intervention for ADHD Journal of Child Neurology 13, 443-447
- Turnbull, A.P. Turnbull, H.R. & Shattuck, M. (1994). Enhancing outcomes of children with disabilities and their families: A theoretical and programmatic analysis. Infants and young children, 7 (2), pp. 14
- Ulrich DA, Ulrich BD, Anglin-Kanabur RM, Yen J (2001) Trendline tracking of infants with Down syndrome: evidence based developmental outcomes.
- Umbreit, J. (1941), Physical disabilities and health conditions: An introduction, Columbus, (Ohio) Charles E. Merrill.
- Vanna S, Schwartz D, & McCordina, B. D. (2007) Beyond dyscalculia: the neural basis of elementary school mathematics. Paper to be presented at the 2007 annual meeting of AREA, Chicago, IL.
- Wang Wy, Ju yH (2002): Promoting balance and jumping skills in children with Down syndrome.
- Werner, D. (1994) Disabled village children: "A guide to community health workers, Rehabilitation workers and families, pp 277-282 U.S.A The Hyperner Foundation
- W. K. O. J. & Kerr M. (2006), Epilepsy in people with learning disabilities, psychiatry 51 (1), 372-373 (www.scienceirect.com).
- Wilcox, E. G. Pennington, B. F. & DeFries, J. C. (2000) Evidence of inattention and hyperactivity impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties Journal of Abnormal child psychology 28 (2), 149-159
- Wilson, Furey & Foshand, Rex, " The Family Behavior Check List" Journal of Behavior Assessment, Vol (1) No. 2 (1983) PP 82-93
- Wing, L. (1976) Epidemiology and Theories of Autisim, in L. wing (Ed), Early child portagen from hood autism 2nd ed, New York
- Wilson, J. U. (1995) Cognitive abilities in children with Down syndrome: Developmental instability and motivational deficits.

- In C. Epstein, T. Hassold, I.T. Lott, L. Madel, & D. Patterson (Eds.) *Etiology and Pathogenesis of Down syndrome*, pp. 57-82 New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder, Clinical Description and Diagnostic guidelines*. Geneva, W.H.O
 - Yellin, M. & Roland, P. (1997) *Special auditory / vestibular testing*. In: Roland et. al. (eds) *Hearing Loss*, Thieme: New York.
 - Yaseldyke, J. & Algozzine, (1990). *Special Education: A practical approach for teachers*. Houghton Mifflin company Boston.
 - Zeileken S (2004). *Learning Disabilities in Mathematics: a review of the issues and children's performance across mathematical test focus on learning problems in Mathematics* (www.findarticles.com).
 - Ziguan, W., Schupf, N., Haveman, M., Silverman, W. (1997). The epidemiology of Alzheimer disease in intellectual disability: Results and recommendation from an international conference *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, pp. 76-80

- WWW Islamline Net.
- www.Namool.com, European Journal of Human Genetics, (2001)
- www.do-health.com, Len Leshin, MD, Fasp. (2002): Down syndrome frequently asked question
- www.Earlyaid.net, What is early intervention (2001)
- www.Kidsourc.com, What is early intervention. (2000).
- www.ncbi.nlm.nih.gov 80 Inuwer Camp, Haver-Cram P, Warfield ME Shouder TP Krizan MW wey Japhar CC (2001) Children With Disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being
- www.ncbi.nlm.nih.gov 80 Allan Verhees Yves Gilchrist, Lisbet Van Maendergen, Roland Schoon Christian Hertens, Mawrene Jamar Vinciane Diderberg, Sylviane Leclercq and Lucien Kouis-chir (2001) Major decrease in the incidence of trisomy 21 at birth in South Belgium: main impact of triple test? Macmillan publishers
- www.ncbi.nlm.nih.gov 80, Marglund E, Eriksson M, Johansson, L (2001) Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome.
- www.ncbi.nlm.nih.gov 80, Mahoney G, Robinson C, Fewell R A (2001). The effects of early motor intervention on children with Down syndrome of Cerebral palsy: a field-based study
- www.up.edu.eg, Haddadin Shelly Ragaa, (1997) Down's syndrome
- www.Portage.org, National Portage Association, The Portage Project, (2003).
- www.Sac.Fa.Org, Facts About Down syndrome. (2003).
- www.the.Lisaccompany Network Inc Early childhood intervention, (2001).
- www.Theora.org, Down syndrome (1990)





mohamed khatab